

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

FACULTAD DE FILOSOFÍA



TESIS DOCTORAL

El estatuto del cuerpo en la esquizofrenia en la perspectiva psicoanalítica

MEMORIA PARA OPTAR AL GRADO DE DOCTOR

PRESENTADA POR

Jesús Rodríguez de Tembleque Olalla

Directores

José María Álvarez Martínez
Eduardo Chamorro Romero
Mariano Luis Rodríguez González

Madrid, 2018

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Filosofía



TESIS DOCTORAL

**EL ESTATUTO DEL CUERPO EN LA ESQUIZOFRENIA
EN LA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA**

Jesús Rodríguez de Tembleque Olalla

Madrid, 2017

UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID

Facultad de Filosofía



**EL ESTATUTO DEL CUERPO EN LA ESQUIZOFRENIA
EN LA PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA**

TESIS DOCTORAL

Presentada por:

Jesús Rodríguez de Tembleque Olalla

Dirigida por:

José María Álvarez Martínez

Eduardo Chamorro Romero

Mariano Luis Rodríguez González

Madrid, 2017

*A mi madre, que por las tardes se sentaba a mi lado con la cartilla de lectura.
Fue su presencia la que me permitió anudar la palabra escrita con el sentido.
Fue ella quien me coloreó con los colores que siempre despliegan los buenos libros,
pues fue ella quien me enseñó a leer y cambió mi mundo para siempre.*

*A mi padre, que me decía cada vez que íbamos a hacer la compra del mes:
“no te compraré un videojuego, pero sí el libro que tú quieras”,
que me acompañó por primera vez a una biblioteca
y que me abrió la pasión por la historia, la filosofía y las humanidades.
Sin el espejo de su deseo jamás habría podido amar el estudio.*

*A mi hermana, que no ha dejado en ningún momento de predicar con el ejemplo,
que me enseña continuamente que no basta sólo con tener valores,
sino que estos siempre han de sostenerse con actos.
Gracias a ella soy capaz de apreciar el infinito esfuerzo y la satisfacción
que supone la vocación de trabar las ideas con la práctica.
Ella siempre me ha enseñado lo que es de verdad tener una ética propia y llevarla a cabo.*

Agradecimientos

Esta investigación no hubiera sido posible sin la presencia y el apoyo de personas muy queridas, sin las cuales mi curiosidad y mi incesante cuestionamiento no hubieran encontrado rumbo. Por ello no puedo hacer menos que mencionarlas para demostrarles mi infinita gratitud y mi eterno cariño.

En primer lugar, Pilar Moya Corral, psiquiatra y doctora en Medicina y Cirugía. A nivel profesional me ha transmitido un infinito cariño y cuidado por todas y cada una de las personas que consultan. Hasta el día de hoy no he conocido a ningún profesional que haya sabido desplazar al consultante del lugar de paciente al lugar de persona con tanta delicadeza. Su vasto conocimiento y su extremada sensibilidad hacen de ella alguien que casi obra milagros en un contexto tan desfavorecedor como es el de un centro de salud mental, desbordado de consultas y que casi prohíbe el tiempo necesario para dar una buena atención. A nivel personal me liga a ella una profunda amistad de la que sólo he salido favorecido y personalmente realizado. Su apoyo, su compañía y su cariño hacen que “gracias” sea una palabra que no es ni siquiera la sombra de lo que necesitaría para empezar a devolverle todo lo que ella me ha brindado tan generosamente.

Carmen Romero, psicóloga clínica y psicoanalista. Ella me acogió en mi primer año de residencia. Fue ella la que me introdujo en la teoría de Lacan tratando, con infinita paciencia, de explicarme de una forma clarísima y orientada a la práctica clínica real algunos de los conceptos que yo no he sabido plasmar con la transparencia y la lógica de la que ella siempre ha hecho gala.

No puedo dejar de mencionar a mis directores de tesis:

El prestigioso doctor José María Álvarez, psicólogo clínico, psicoanalista y doctor en Psicología, con el que tuve el privilegio de compartir mis últimos tres meses de residencia en Valladolid. Su amor por el estudio y su dedicación a la clínica y a las personas hacen de él una de las escasísimas personas en las que el hombre supera su propio mito y una de mis fuentes de inspiración. Gracias a su entrega por la docencia pude aprender en tres meses más de lo que había aprendido en mis últimos dos años de residencia.

El doctor Eduardo Chamorro me abrió las puertas del psicoanálisis cuando estaba finalizando una licenciatura gris y desalentadora. Siempre le estaré agradecido por posibilitar mi encuentro con Freud y su *Más allá del principio del placer*.

Al doctor Mariano Luis Rodríguez le agradezco profundamente que descubriera y fomentara mi amor por la epistemología y la filosofía de la ciencia, campos del conocimiento

que me resultaron imprescindibles durante los primeros años de mi residencia en psicología clínica. Aún llevo marcadas en la memoria sus clases sobre los actos de habla de Searle.

Una mención especial merece Mercedes Cano Valero, enfermera especialista en salud mental. Todo lo que he podido aprender sobre el trato, la acogida y la buena práctica terapéutica con niños se debe exclusivamente a ella. Si ciertos psicólogos y psiquiatras aprendieran a escucharla, tal vez la cronificación infanto-juvenil descendería asombrosamente. Me une a ella también una amistad profunda y duradera que me ha acompañado en momentos muy difíciles y para la que sólo tengo palabras de profundo y tierno agradecimiento.

Álvaro Ruiz Rodríguez, psicólogo clínico y amante del narguile como yo, merece un lugar preeminente en mi corazón al ser mi compañero y mi colega desde hace ya diez años. Los intercambios intelectuales y emocionales que he tenido el privilegio de compartir con él han sido una guía y una tabla de salvación en muchos momentos de mi vida. Su interés por los más variados campos del conocimiento y del arte, sus reflexiones profundas y certeras, su voz dándole nombre a realidades insondables y su inabarcable bondad y honestidad hacen que me sienta orgulloso de que una persona como él pueda considerarme su amigo y alguien digno de compartir sus pensamientos.

También ha sido muy importante José Ignacio Suárez Soto, mi residente mayor y ya consolidado psicólogo clínico. Sin sus esfuerzos por tratar de que los residentes de psicología pensáramos en grupo hoy sería una persona mucho más ignorante de lo que ya soy. Sin sus generosos regalos en forma de libros y recomendaciones jamás me habría enamorado del pensamiento de Michel Foucault, y sin su sentido del humor sutil e ingenioso gran parte de mi residencia habría sido gris y descolorida. En él intento inspirarme personal y profesionalmente.

Es imprescindible mencionar a José Luis Pérez Méndez, mi residente pequeño y ya un magnífico psicólogo clínico. Una de las rarísimas personas en las que el cuestionamiento hacia la práctica y la ética habituales de la sanidad pública, se acompaña con una capacidad de análisis tan minuciosa y elaborada que hace pensar en cómo demonios uno no había reparado antes en ello. Su lucha tenaz por intentar cambiar las cosas tanto desde el sistema como desde el espacio de la propia consulta es para mí un modelo admirable y del que necesito aprender constantemente. Su amistad y su capacidad analítica, lógica y argumentativa hacen de él una de mis personas más queridas y respetadas.

Raúl Rodríguez Aguilar, Especialista en Medicina Nuclear y en Anatomía Patológica, y doctor en Medicina y Cirugía merece mi más tierno agradecimiento. Coincidir con él en la

residencia supuso tanto un impulso personal como profesional. Esta investigación no se hubiera llevado a cabo sin su apoyo, sin su insistencia y sin su interés en que la realizara y la terminara.

Por supuesto, mi gratitud eterna y mi amor incondicional para mis padres y mi hermana que han soportado estoicamente mis desvaríos psicoanalíticos, que han sido torturados con sentencias de Lacan, que han respetado y apoyado cada una de las elecciones que he hecho en la vida y que, si hay algo bueno en mi interior, es a ellos a quienes se debe.

Sé que si tuviera que nombrar a todas las personas que han contribuido a que yo sea mejor persona y mejor clínico, y que han contribuido a sostenerme mientras desarrollaba esta investigación, tendría que escribir una enciclopedia. Me dejo a muchísimos compañeros (adjuntos y residentes) y amigos a los que les debo tanto como a las personas que he mencionado. Ellos saben quiénes son y sé que perdonarán la obligada omisión por problemas de espacio.

Por último, pero no por ello menos importante, mi más profunda gratitud es para aquellas personas que alguna vez se sentaron en consulta delante de mí y tuvieron el coraje suficiente para desnudar su alma y su mente ante mis ojos. A ellas mi máximo respeto y mi infinito agradecimiento. Si no hubiera sido por ellas, no hubiera habido investigación, ni curiosidad, ni aprendizaje, ni nada, y yo sería un ser humano emocional y personalmente empobrecido.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

Resumen	p. 12
Abstract	p. 17
1. Justificación del tema	p. 22
2. Introducción	p. 28
2. 1: La esquizofrenia en la actualidad. Su lugar en las clasificaciones psiquiátricas internacionales: DSM-5 y CIE-10	p. 29
2. 1. 1: Justificación de la existencia de las clasificaciones internacionales.	p. 29
2. 1. 2: Descripción de las clasificaciones internacionales: puntos en común y diferencias entre CIE-10 y DSM-5.	p. 34
2. 1. 3: El estatuto de la esquizofrenia en CIE-10 y DSM-5.	p. 40
2. 2: La esquizofrenia en la psicopatología clásica.	p. 54
2. 2. 1: La <i>dementia praecox</i> de Kraepelin.	p. 54
2. 2. 2: La <i>esquizofrenia</i> de Bleuler.	p. 62
2. 2. 3: La <i>psicosis alucinatoria crónica</i> de Ballet y las <i>locuras discordantes</i> de Chaslin.	p. 68
2. 2. 4: El <i>automatismo mental</i> de Clérambault	p. 72
2. 3: La esquizofrenia en la obra de Sigmund Freud.	p. 80
2. 3. 1: El caso Schreber.	p. 83
2. 3. 2: Introducción al narcisismo.	p. 89
2. 3. 3: Lo inconciente.	p. 93
2. 4: La forclusión del significante del Nombre del Padre en Jacques Lacan como mecanismo psíquico causal de la estructura psicótica.	p. 98
2. 4. 1: <i>Verwerfung</i> freudiana y <i>forclusión</i> lacaniana.	p. 99
2. 4. 2: La forclusión del significante del Nombre del Padre.	p. 102

2. 4. 3: Incompletud del Otro y pluralización del Nombre del Padre.	p. 106
2. 4. 4: La forclusión en la última enseñanza: goce Otro y cadena borromea.	p. 109
2. 5: El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan.	p. 116
2. 5. 1: El cuerpo como imagen.	p. 116
2. 5. 1. 1: El esquema óptico de Jacques Lacan.	p. 120
2. 5. 2: Cuerpo simbólico y cuerpo gozante.	p. 129
2. 5. 3: El cuerpo de <i>lalengua</i> .	p. 136
2. 5. 4: Esquema del cuerpo en la neurosis.	p. 139
3. Hipótesis	p. 144
3. 1: Hipótesis principal.	p. 145
3. 2: Hipótesis auxiliares.	p. 145
4. Objetivos	p. 146
4. 1: Objetivos generales.	p. 147
4. 2: Objetivos específicos.	p. 147
5. Metodología	p. 148
5. 1: Material.	p. 149
5. 2: Método.	p. 149
5. 2. 1: Criterios de selección de la muestra.	p. 149
5. 2. 2: Metodología empleada.	p. 150
6. Resultados	p. 151
6. 1: Tres casos clínicos.	p. 152
6. 1. 1: El presidente Schreber.	p. 153
6. 1. 2: El caso Marie.	p. 160
6. 1. 3: Los ojos torcidos de Emma A.	p. 166
6. 2: Análisis estructural de los casos clínicos: puntos en común y diferencias.	p. 174

6. 2. 1: Puntos en común de los tres casos.	p. 174
6. 2. 1. 1: Estructura psicótica y coyuntura de desencadenamiento.	p. 174
6. 2. 1. 2: Posición esquizofrénica.	p. 185
a) Fractura de la imagen del cuerpo.	p. 185
b) Regresión tópica al estado de goce de la lengua.	p. 193
c) Aniquilación del sujeto del lenguaje: fenómenos clínicos.	p. 197
6. 2. 1. 3: Tentativa de curación.	p. 200
6. 2. 2: Diferencias estructurales en los casos presentados: tentativa de curación en el presidente Schreber y en Marie.	p. 202
6. 2. 2. 1: La metáfora delirante del presidente Schreber.	p. 202
6. 2. 2. 2: La identificación imaginaria de Marie.	p. 207
6. 3: La aniquilación del sujeto del lenguaje.	p. 212
6. 3. 1: Alienación y separación.	p. 212
6. 3. 2: Alienación, separación y autoerotismo.	p. 216
6. 3. 3: Aniquilación del sujeto del lenguaje en la esquizofrenia.	p. 219
6. 4: El lenguaje de órgano como objeto <i>a</i>.	p. 223
6. 4. 1: Esquema del cuerpo en la psicosis.	p. 223
6. 4. 2: El objeto <i>a</i> en la enseñanza de Lacan.	p. 225
6. 4. 3: Lenguaje de órgano y objeto <i>a</i> : la tentativa de curación de Emma A.	p. 227
7. Discusión	p. 232
7. 1: Posición esquizofrénica y posición paranoica.	p. 233
7. 1. 1: Diferencias estructurales entre esquizofrenia y paranoia.	p. 233
7. 1. 2: Diferencias en el campo del lenguaje y en el campo del goce.	p. 239

7. 2: El síntoma corporal en la esquizofrenia frente al síntoma corporal en la histeria y la hipocondría.	p. 244
7. 2. 1: Los desarrollos de Sigmund Freud y Jacques Lacan respecto al síntoma corporal en la histeria y en la esquizofrenia.	p. 245
7. 2. 1. 1: Aportaciones de Sigmund Freud.	p. 245
7. 2. 1. 2: Aportaciones de Jacques Lacan.	p. 247
7. 2. 2: Hipocondría y dos nuevas formas de presentación corporal sintomática: fibromialgia y anorexia.	p. 253
7. 2. 2. 1: La fibromialgia en la neurosis y en la psicosis.	p. 254
7. 2. 2. 2: Declinación de la anorexia en la neurosis y en la psicosis.	p. 258
7. 2. 2. 3: Hipocondría y esquizofrenia.	p. 263
7. 3: Esquizofrenia y fenómeno psicossomático.	p. 269
7. 3. 1: El fenómeno psicossomático.	p. 269
7. 3. 2: Semejanzas y diferencias entre el fenómeno psicossomático y el síntoma corporal en la esquizofrenia.	p. 273
7. 3. 2. 1: El registro imaginario en la esquizofrenia y en el fenómeno psicossomático.	p. 275
7. 3. 2. 2: La holofrase en la esquizofrenia y en el fenómeno psicossomático.	p. 277
7. 3. 2. 3: Puntos diferenciales claves y un enigma clásico en psiquiatría.	p. 282
8. Conclusiones	p. 285
9. Limitaciones	p. 288
10. Perspectivas futuras	p. 291
Referencias bibliográficas	p. 293

Resumen

Título:

El estatuto del cuerpo en la esquizofrenia en la perspectiva psicoanalítica.

Introducción:

En primer lugar, se realiza un recorrido teórico para establecer el lugar que la esquizofrenia ocupa en las actuales clasificaciones internacionales CIE-10 y DSM-5. Se analiza la justificación de la existencia de dichas clasificaciones, se describen los puntos en común y las diferencias entre ambas y se exponen los criterios diagnósticos que constituyen el trastorno esquizofrénico en ellas.

En segundo lugar, se realiza un recorrido histórico por la psicopatología clásica para mostrar cómo se construyó el diagnóstico de esquizofrenia desde una perspectiva distinta a la que manejan las clasificaciones internacionales actuales. Se analiza la *dementia praecox* de Kraepelin, la *esquizofrenia* de Bleuler, la *psicosis alucinatoria crónica* de Ballet, las *locuras discordantes* de Chaslin y el *automatismo mental* de Clérambault.

En tercer lugar, se desarrollan las aportaciones de Sigmund Freud al campo de la esquizofrenia a través de tres obras fundamentales: *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia* (dementia paranoides) *descrito autobiográficamente*, *Introducción al narcisismo* y *Lo inconciente*.

En cuarto lugar, se analiza la *forclusión del significante del Nombre del Padre* que Jacques Lacan estableció como mecanismo psíquico causal de la estructura psicótica. Se realiza un recorrido de este concepto a lo largo de toda la enseñanza de Jacques Lacan para mostrar sus elaboraciones y transformaciones.

En quinto lugar, se analiza el estatuto del cuerpo en la perspectiva psicoanalítica, concretamente en la enseñanza de Jaques Lacan, con el fin de establecer los ejes que más alteración muestran en la esquizofrenia (imagen del cuerpo y cuerpo simbólico) y el eje que más peso tiene en esta patología (goce cenestésico de *lalengua*).

Objetivos:

Objetivos generales:

- 1) Mostrar la fundamentación lógica según la cual el origen de la esquizofrenia implica una regresión tópica al goce cenestésico de *lalengua*.
- 2) Explicar, mediante el análisis de casos clínicos, por qué el surgimiento de la esquizofrenia conlleva la aniquilación del sujeto del lenguaje.
- 3) Dilucidar las coordenadas clínicas que dotan al síntoma corporal esquizofrénico de su carácter de tentativa de curación.

Objetivos específicos:

- 1) Describir el proceso mediante el que la forclusión del significante del Nombre del Padre en la esquizofrenia produce la ruptura de la imagen del cuerpo.
- 2) Explicar la inoperatividad del estadio del espejo en la esquizofrenia.
- 3) Comparar las diferencias entre la esquizofrenia y la paranoia.
- 4) Establecer los rasgos diferenciales entre la esquizofrenia, la hipocondría, el síntoma histérico y el fenómeno psicósomático.
- 5) Analizar otros posibles intentos de curación en la esquizofrenia diferentes al *lenguaje de órgano*.

Resultados:

Se analiza una muestra de tres casos clínicos clásicos: el caso del presidente Schreber estudiado por Sigmund Freud y Jacques Lacan, el caso de Marie establecido por Karl Landauer y el caso de Emma A. establecido por Víctor Tausk y estudiado por Sigmund Freud.

Los criterios de selección de la muestra fueron: 1) que todos los casos poseyeran un diagnóstico de estructura psicótica; 2) que los historiales de estos sujetos hubieran sido establecidos desde una perspectiva psicoanalítica; 3) que todos los casos partieran de una posición esquizofrénica inicial; 4) que cada caso tuviera una evolución diferente a partir del desencadenamiento esquizofrénico, con el fin de cubrir las tres posiciones clásicas que el sujeto puede adoptar en la estructura psicótica: paranoia, melancolía y esquizofrenia.

El análisis de la muestra consiste en primer lugar, en establecer las semejanzas y diferencias estructurales que presentan los tres casos seleccionados.

Dentro de las semejanzas estructurales se analizan:

- 1) Las coyunturas de desencadenamiento que padecieron los sujetos y que determinaron su posición esquizofrénica inicial. Dichas coyunturas de desencadenamiento pueden aplicarse, en general, a todos los sujetos de estructura psicótica que padecen un desencadenamiento psicótico.
- 2) Los puntos clínicos estructurales propios de la posición esquizofrénica: fractura de la imagen del cuerpo (que implica la inoperatividad del estadio del espejo y graves déficits en la subjetivación del registro imaginario), regresión tópica del sujeto al estado de goce de *lalengua* y los fenómenos clínicos que en los tres casos muestran la aniquilación del sujeto del lenguaje en la esquizofrenia.
- 3) Las tentativas de curación en un primer nivel, como maniobras que realiza el sujeto para resituarse en la estructura después de la regresión tópica al estado de goce de *lalengua* y tras su aniquilación como sujeto del lenguaje.

Las diferencias estructurales en los tres casos se establecen a partir de las tentativas de curación en un segundo nivel, como los diversos caminos que puede tomar el sujeto para salir de la posición esquizofrénica inicial: la metáfora delirante en el caso del presidente Schreber le sitúa en la posición paranoica. La identificación imaginaria en el caso de Marie la sitúa en la posición melancólica. El lenguaje de órgano de Emma A. la mantiene en la posición esquizofrénica.

En segundo lugar, el análisis de la muestra se complementa con la conceptualización teórica que permite definir la aniquilación del sujeto del lenguaje, propia de la posición esquizofrénica, y que permite explicar los fenómenos clínicos que se observan en este ámbito. Para ello se estudian las nociones de alienación y separación establecidas por Jacques Lacan articulándolas con la noción de autoerotismo definida por Sigmund Freud.

Se demuestra que el sujeto esquizofrénico ha accedido a la operación de alienación, pero no a la de separación, por lo que queda en precario equilibrio entre su representación significativa y su desaparición radical: la división del sujeto esquizofrénico es sin paliativos y carece de defensas (fantasma, significación fálica) para sostenerse si se quiebra su representación significativa. Si dicha representación se rompe, el sujeto desaparece, queda aniquilado.

Por otro lado, el sujeto esquizofrénico, al estar afectado por la *forclusión del significante del Nombre del Padre* que posibilita la metáfora paterna y la significación fálica, y al no haber accedido a la operación de separación, posee un circuito pulsional truncado y permanece masivamente identificado al objeto *a*, lo cual sostiene su representación significativa.

Cualquier situación que convoque al objeto *a* al que el sujeto está identificado o conmine al desprendimiento de dicho objeto, producirá la aniquilación del sujeto del lenguaje en el goce deslocalizado de *lalengua*.

En tercer lugar, el análisis de la muestra se completa con el estudio del intento de curación en el caso de Emma A., cifrado en el lenguaje de órgano. Se muestra que el lenguaje de órgano es una construcción a través de lo simbólico de un objeto *a* que permite localizar el goce deslocalizado de *lalengua*. Este recurso a lo simbólico carece del mecanismo básico de metaforización, puesto que el sujeto está afectado por la *forclusión del significante del Nombre del Padre*.

A partir de la pura literalidad del significante, el sujeto esquizofrénico localiza el goce cenestésico de *lalengua* mediante un uso de lo simbólico que da forma a un real experimentado en el cuerpo como invasivo. Este intento de curación es muy precario, puesto que, aunque permite la reaparición del sujeto que estaba aniquilado en la estructura y localiza un goce deslocalizado, el sujeto esquizofrénico no puede separarse de este objeto *a* que ha construido (porque no ha accedido a la operación de separación), con lo que el objeto *a* del lenguaje de órgano sigue invadiendo al sujeto.

Por último, se analizan los puntos que permiten establecer un diagnóstico diferencial entre: 1) esquizofrenia y paranoia; 2) el síntoma corporal en la esquizofrenia y el síntoma corporal en la histeria (particularmente en las afecciones anoréxicas y fibromiálgicas); 3) el síntoma corporal en la esquizofrenia y el síntoma corporal en la hipocondría; 4) el síntoma corporal en la esquizofrenia y el síntoma corporal en el fenómeno psicósomático.

Conclusiones:

- 1) La psicosis, desde el punto de vista psicoanalítico, es una estructura subjetiva cuyo mecanismo psíquico causal es la forclusión del significante del Nombre del Padre. Dentro de esta estructura la esquizofrenia es una posible posición subjetiva junto con la paranoia y la melancolía.
- 2) El desencadenamiento psicótico de la posición esquizofrénica tiene como consecuencia producir una fractura de la imagen del cuerpo del sujeto, haciendo que el cuerpo fragmentado se presentifique directamente en la subjetividad. Esto promueve una regresión tópica del sujeto al estado de goce de *lalengua*, donde queda aniquilado en el goce cenestésico deslocalizado de *lalengua*.

- 3) Las consecuencias del desencadenamiento esquizofrénico evidencian la inoperatividad en los sujetos esquizofrénicos del momento lógico formalizado por Lacan como *estadio del espejo*, por lo tanto, el registro imaginario presenta graves defectos en la esquizofrenia.
- 4) Las tentativas de curación en la esquizofrenia son maniobras que el sujeto realiza, tras el desencadenamiento psicótico, a partir de su aniquilación en el estado de goce de lalengua con el fin de situarse de nuevo en la estructura. La tentativa de curación clásicamente esquizofrénica es la creación del *lenguaje de órgano*, que consiste en tomar ciertos significantes referidos al cuerpo en su pura literalidad. El sujeto esquizofrénico toma las palabras como cosas, vuelve real lo simbólico.
- 5) La tentativa de curación del lenguaje de órgano se caracteriza porque el sujeto esquizofrénico construye a través de la literalidad del significante un objeto *a* que localiza en una parte del cuerpo del sujeto el goce deslocalizado de lalengua.
- 6) El lenguaje de órgano es una tentativa de curación precaria debido a que el goce queda localizado, pero el sujeto no puede separarse de él, por lo que sigue invadiendo su subjetividad. Esto es debido a que, en el lenguaje de órgano, el sujeto esquizofrénico utiliza el registro simbólico para tratar lo real, pero sin poder echar mano de los mecanismos simbólicos básicos: la metáfora y la metonimia.
- 7) En las esquizofrenias no desencadenadas (psicosis ordinarias) el sujeto esquizofrénico puede utilizar un síntoma corporal distinto al lenguaje de órgano para evitar la disolución de los registros simbólico, imaginario y real en dos vertientes: 1) el síntoma corporal es utilizado por el sujeto para tratar el goce deslocalizado, con lo que se limita su desbordamiento: son los casos de algunas fibromialgias psicóticas y los casos del recurso al vómito en algunas anorexias psicóticas; 2) el síntoma corporal es utilizado por el sujeto para compensar los graves déficits en el registro imaginario y así poder mantener la imagen del cuerpo sin fracturas profundas: son los casos de algunas hipocondrías psicóticas y los casos del recurso al cuerpo delgado esquelético en algunas anorexias psicóticas.

Abstract

Title:

Statute of body in schizophrenia on psychoanalytic perspective.

Introduction:

Firstly, a theoretical summary is done to establish the place of schizophrenia in the current international classifications ICD-10 and DSM-5. The justification of their existence is analyzed; we describe common points and differences between both classifications and we expound the diagnostic criteria which constitute schizophrenic disorder in these classifications.

In second place, we make an historical summary across classic psychopathology to teach how the diagnosis of schizophrenia is built from a different perspective than international classifications do. We analyzed Kraepelin's *dementia praecox*, Bleuler's *schizophrenia*, Ballet's *hallucinatory chronic psychosis*, Chaslin's *discordant insanities* and Clérambault's *mental automatism*.

In third place, we develop the contributions of Sigmund Freud in the field of schizophrenia through three fundamental works: *psycho-analytic notes on an autobiographical account of a case of paranoia* (dementia paranoides), *On narcissism: an introduction* and *The unconscious*.

Fourthly, we analyze the *foreclosure of the signifier of the Name of the Father* as causal psychic mechanism of psychotic structure established by Jacques Lacan. We make a summary of this concept across the whole teaching of Jacques Lacan. We show his elaborations and the transformations relating to the concept of *foreclosure*.

Fifth, we analyze statute of body into psychoanalytic perspective, specifically in the teaching of Jacques Lacan. We establish the most altered axes in schizophrenia (body image and symbolic body), and the most important axis in this pathology (coenesthetic *jouissance* of *lalangue*).

Objectives:

General objectives:

- 1) Teaching logical basis per which the beginning of schizophrenia implies a topographical regression to the state of coenesthetic *jouissance* of *lalangue*.
- 2) Explaining, through the analysis of clinical cases, why the beginning of schizophrenia involves the annihilation of language subject.
- 3) Elucidating the clinical coordinates that form schizophrenic body symptom as a recovery attempt.

Specific objectives:

- 1) Describing the process per which the *foreclosure of the signifier of the Name of the Father* in schizophrenia causes a rupture of body image.
- 2) Explaining the ineffectiveness of mirror stage in schizophrenia.
- 3) Comparing differences between schizophrenia and paranoia.
- 4) Establishing differences between schizophrenia, hypochondria, hysterical symptom and psychosomatic phenomenon.
- 5) Analyzing different recovery attempts in schizophrenia to *organ language*.

Results:

We analyze a sample of three classic clinical cases: case of president Schreber studied by Sigmund Freud and Jacques Lacan, case of Marie established by Karl Landauer and case of Emma A. established by Victor Tausk and studied by Sigmund Freud.

Sample selection criteria were: 1) all cases had to possess a diagnosis of psychotic structure; 2) the medical records of these subjects had to be established from a psychoanalytic perspective; 3) all cases had to begin from an initial schizophrenic position; 4) each case had to have a different evolution since schizophrenic unleashing, to cover the three classic positions that can be adopted by the subject in psychotic structure: paranoia, melancholia and schizophrenia.

Firstly, sample analysis lies in establishing structural similarities and differences between the selected cases.

Within structural similarities we analyze:

- 1) Unleashing situations suffered by the subjects, whom caused their initial schizophrenic position. Those unleashing situations can be applied to all the subjects with psychotic structure which suffer a psychotic unleashing.
- 2) Structural clinical points typical of schizophrenic position: fracture of body image (which implies the ineffectiveness of mirror stage and serious deficiencies in subjectivation of the imaginary register), topographical regression to the state of coenesthetic *jouissance* of *lalangue* and clinical phenomena in the selected cases which exhibit the annihilation of language subject in schizophrenia.
- 3) Recovery attempts in a first level, as maneuvers made by the subject to restore himself in the structure after his topographical regression to the state of coenesthetic *jouissance* of *lalangue*, and after his annihilation as language subject.

Structural differences between the cases are established by recovery attempts in a second level, as diverse ways which the subject can take to leave initial schizophrenic position: delirious metaphor in president Schreber places him in a paranoid position. Imaginary identification in Marie places her in melancholic position. Organ language of Emma A. keeps her in schizophrenic position.

In second place, sample analysis is complemented by theoretical conceptualization which defines the annihilation of language subject typical of schizophrenic position, and explains clinical phenomena observed in this field. We study the ideas of alienation and separation, established by Jacques Lacan, assembling them with the notion of auterotism defined by Sigmund Freud.

We demonstrate that schizophrenic subject has accessed to operation of alienation, but has not accessed to operation of separation, therefore he has a precarious balance between his signifier representation and his radical disappearance: subjective division in schizophrenic subject occurs without palliatives and he lacks the defenses (phantasm, phallic significance) to hold himself whether his signifier representation is broken. If that representation breaks, the subject disappears, he is annihilated.

On the other hand, the schizophrenic subject, as he is affected by the *foreclosure of the signifier of the Name of the Father*, which makes possible the paternal metaphor and phallic significance, and as he has not accessed to operation of separation, he has a driving truncated circuit and he remains identified en masse to object *a*, which holds his signifier representation. Any situation that mobilizes to object *a* at which the subject is identified or demands the detachment of this object, will produce the annihilation of language subject into delocalized *jouissance* of *lalangue*.

In third place, sample analysis concludes when we study recovery attempt in the case of Emma A., which is encapsulated in organ language. We demonstrate that organ language is a construction of an object *a* made through the symbolic register. It allows to locate the delocalized *jouissance* of *lalangue*. This symbolic resource lacks the basic mechanism of metaphorization, since subject is affected by the *foreclosure of the signifier of the Name of the Father*.

From pure literalness of the signifier, schizophrenic subject locates coenesthetic *jouissance* of *lalangue* using the symbolic register. It gives shape to a real which is experienced inside the body as invasive. This recovery attempt is very precarious. Although it allows the resurgence of the subject which was annihilated in structure and it locates a delocalized *jouissance*, schizophrenic subject cannot separate himself from that object *a* which he has built (because he has not accessed to operation of separation). Therefore, object *a* of the organ language continues invading the subject.

Finally, we analyze points that allow to establish a differential diagnosis between: 1) schizophrenia and paranoia; 2) schizophrenic body symptom and hysterical body symptom (particularly in anorexic and fibromyalgic disorders); 3) schizophrenic body symptom and hypochondriac body symptom; 4) schizophrenic body symptom and body symptom in psychosomatic phenomenon.

Conclusions:

- 1) Psychosis, on psychoanalytic perspective, is a subjective structure whose psychic mechanism is the *foreclosure of the signifier of the Name of the Father*. Within this structure, one possible position is schizophrenia together with paranoia and melancholia.
- 2) Psychotic unleashing of schizophrenic position causes the rupture of the subject's body image. It makes that fragmented body materializes itself on the subjectivity. This promotes a topographical regression of the subject to the state of coenesthetic *jouissance* of *lalangue*.
- 3) The consequences of schizophrenic unleashing demonstrate the ineffectiveness of *mirror stage*, a logical time formalized by Jacques Lacan. Therefore, the imaginary register in schizophrenia presents serious deficiencies.
- 4) Recovery attempts in schizophrenia are maneuvers made by the subject after his psychotic unleashing and since his annihilation in the state of *jouissance* of *lalangue*. These maneuvers go to restore the subject in the structure. The classic

schizophrenic recovery attempt is the construction of *organ language*. It consists in taking certain signifiers in their pure literalness, which are referred to body. Schizophrenic subject takes words as things, he changes symbolic into real.

- 5) The main characteristic of recovery attempt made by organ language is that schizophrenic subject builds an object *a* with the pure literalness of the signifier. It locates delocalized *jouissance* of *lalangue* in a part of subject's body.
- 6) Organ language is a precarious recovery attempt because *jouissance* is located, but the subject cannot separate himself from it. *Jouissance* continues invading his subjectivity. This happens because, in organ language, schizophrenic subject utilizes the symbolic register to treat real, but he cannot use the basic symbolic mechanisms: metaphor and metonymy.
- 7) In not unleashing schizophrenias (ordinary psychoses), schizophrenic subject can use a different body symptom to organ language to avoid the dissolution of symbolic, imaginary and real registers in two aspects: 1) the subject uses body symptom to treat delocalized *jouissance*, this restricts its overflowing: cases of some psychotic fibromyalgias and some psychotic anorexias that resort to vomit as a way to make it; 2) the subject uses body symptom to compensate the serious deficiencies in imaginary register. Like this, the subject can keep his body image without deep fractures: cases of some psychotic hypochondrias and some psychotic anorexias that resort to thin skeletal body as a way to make it.

1. JUSTIFICACIÓN DEL TEMA

Al igual que sucede con la sexualidad o con la muerte, hay algo fascinante en la locura.

Sigmund Freud afirmaba que el inconsciente carecía de la representación del símbolo de la propia muerte, del genital femenino y de la negación. Dado que la locura pone en juego algo que enlaza con cierto tipo de negación o de rechazo – como veremos a lo largo de esta investigación –, esta tríada que fascina al ser humano tiene que ver con lo que es imposible de representar en nuestro psiquismo y que por tanto persiste eternamente envuelto en la sombra de lo incognoscible.

Observamos entonces que locura, muerte y sexualidad se hermanan entre sí por poseer cada una de ellas la cualidad de lo irrepresentable en su propio núcleo, y eso nos fascina. Nos fascina en dos de las tres acepciones que la Real Academia Española de la lengua concede al término.

“Fascinar” proviene del verbo latino *fascinare*, el cual significa originariamente “hechizar” o “embruja”. La Real Academia Española establece tres acepciones para el verbo fascinar¹:

- 1) Engañar, alucinar, ofuscar.
- 2) Atraer irresistiblemente.
- 3) Hacer mal de ojo.

La locura nos atrae irremisiblemente. Las ideas extravagantes o persistentes que conforman lo que la psiquiatría clásica ha denominado delirios, los comportamientos o pasos al acto, a veces brutales y aparentemente sin explicación; ciertas formas de hablar sin sentido, ciertos discursos deslavazados o incoherentes, ciertas conductas excéntricas y repetitivas, las alucinaciones auditivas o cenestésicas, la multitud de síntomas corporales que los sujetos psicóticos comunican... Todo ello conforma un universo fenoménico a la vez siempre similar y siempre distinto para cada sujeto afectado por la locura.

Este océano sintomático nos atrae con suma fuerza debido a su aparente sinsentido y a la espectacularidad manifiesta que en ocasiones le observamos. Sin embargo, el núcleo de la fascinación que ejerce sobre nosotros reside en que siempre hay algo de la locura que es imposible de representar, tanto para nosotros como para el sujeto afectado de psicosis. Una de las consecuencias fundamentales de esta irrepresentabilidad es que ella toca la cuestión del límite. Precisamente porque el núcleo de la locura no puede representarse en el psiquismo, nos confronta con el límite.

¹ *Diccionario de la Real Academia Española de la lengua* [on line]: <http://lema.rae.es/drae/?val=fascinar> [consultado el 16 de julio de 2015]

En efecto, para que podamos establecer una frontera entre dos territorios, dos conceptos o dos estados materiales o psíquicos ha de haber algún símbolo en nuestro psiquismo que nos permita representarlos para situar las diferencias entre ambos. Sin representación del símbolo no hay diferencia – la pura diferencia es precisamente la “sustancia” esencial del significante que establece Jacques Lacan siguiendo a Ferdinand de Saussure –.

Por tanto, si no hay representación del núcleo de la locura, ¿dónde está el límite entre cordura y locura? Pregunta ya clásica para la Psiquiatría y la Filosofía, así como pregunta esencial para el Derecho que necesita de esta cuestión para calificar a un sujeto como imputable o no de un delito y decidir de esta forma sobre la condena. También esta pregunta es esencial para nosotros mismos, ¿podemos volvernos locos si no lo estamos? ¿Existe alguna frontera en nuestro interior que al traspasarla nos conduzca de la cordura a la locura? Comprobamos de qué forma la irrepresentabilidad de la locura toca nuestros propios límites como sujetos del lenguaje.

Es importante señalar que la irrepresentabilidad del núcleo de la locura, que nos atrae irremisiblemente, es también la causante de que nos fascinem con la locura según la primera acepción que da a este verbo la Real Academia Española de la lengua.

Efectivamente, la locura engaña y ofusca. El sujeto psicótico alucina (curiosamente este verbo está contenido en la definición de “fascinar”) y cree percibir fuera lo que nace de su interior. También debido a que la locura posee un núcleo irrepresentable, la Psiquiatría clásica ha construido todo un dedalo de términos y clasificaciones que pudieran dar cuenta de la totalidad de la locura. Ha tratado de representar lo irrepresentable y por ello ha caminado siempre a ciegas, ofuscada por no poder obtener lo imposible.

Esta investigación no pretende establecer un límite claro entre cordura y locura ni tampoco ambiciona conquistar una posible representación de lo irrepresentable, sino que es una investigación entre las muchas que nacen de la fascinación por la locura. Como toda investigación que surge de tan gigantesco océano fenoménico y conceptual, se ve obligada a limitarse y a no codiciar poseer la capacidad de iluminar la totalidad a pesar de anhelarlo secretamente. Es necesario, pues, contentarse con tratar de aclarar al menos una minúscula parte si esto fuera posible.

Mi fascinación personal por la locura surgió de mi primer contacto real con ella, el cual se produjo durante mi segundo año de formación como psicólogo clínico en Cádiz. Trabajar seis meses en una unidad de agudos hospitalaria y después cerca de un año en

dispositivos de media y larga estancia (hospital de día, comunidad terapéutica y unidad de rehabilitación de salud mental) posibilitó que pudiera ser testigo de síntomas y conductas de los cuales sólo sabía a través de libros que los presentaban con una importante deshumanización. Allí pude comprender que el soporte del propio sujeto que padece la locura convierte estos síntomas en terriblemente humanos. Fui testigo de la impotencia, por parte de la Psiquiatría y Psicología actuales – defensoras a ultranza del cientificismo más despiadado – para explicar o tan siquiera entender qué estaba pasando en la persona que atendían. Observé los estragos que causaban en los sujetos psicóticos los psicofármacos administrados como único remedio paliativo para su sufrimiento. Fue entonces cuando la inquietud que sentía desde mi primer año de residencia por el psicoanálisis se avivó con toda la fuerza que actualmente sigo experimentando.

El encuentro contingente entre el psicoanálisis lacaniano, la locura personificada en sujetos que sufrían y la inquietud que siempre he tenido respecto al cuerpo formaron el caldo de cultivo que años después cristalizaría en esta investigación.

Esta investigación se centra en la esquizofrenia porque es el tipo clínico de la locura en el que más se pone en juego el cuerpo.

No es intrascendente una indagación sobre el cuerpo y la esquizofrenia en la actualidad, ya que tanto mi propia práctica clínica, como la de mis colegas y las investigaciones clínicas que actualmente se elaboran, ponen de manifiesto un predominio del cuerpo en muchas patologías clásicas, así como la eclosión de patologías donde el cuerpo es lo más central (adicciones, anorexia...) Posiblemente una investigación sobre la relación del cuerpo con la esquizofrenia pueda arrojar, aunque sea colateralmente, alguna nueva luz sobre la actualidad sintomática que padecemos en estos tiempos en la cultura occidental.

Que la esquizofrenia y lo que involucra de sintomático sobre el cuerpo y el sujeto es rabiosamente actual queda plasmado en las palabras que el psiquiatra Fernando Colina destaca en su prólogo al libro del doctor José María Álvarez.²

² Colina, F. *Prólogo*. En Álvarez, J. M.^a (2008). *La invención de las enfermedades mentales*, p. 13-14: “Hija de nuestro tiempo es también la esquizofrenia [...] Si la esquizofrenia [...] no es sino el reflejo de los excesos de la escisión del hombre, que cambia con los tiempos y acusa en su fractura el efecto de la época. No es descabellado pensar que [...] el individualismo creciente o las nuevas formas de privacidad hayan inducido una división de la conciencia más acusada e incongruente, tanto que obligue al yo a fragmentarse más a menudo y más expeditivamente. Se ha llegado a definir la esquizofrenia como un síntoma de la modernidad”.

Por todo ello podemos resumir la importancia de una investigación sobre la esquizofrenia y el cuerpo desde el enfoque psicoanalítico en estas tres razones:

- 1) Lo corporal es el sello identificador de la patología esquizofrénica, algo del cuerpo aparenta estar alterado en ella. Sin embargo, biológicamente el cuerpo en la esquizofrenia funciona cumpliendo todos los criterios médicos de normalidad. No hay alteración biológica a pesar de lo que verbaliza el sujeto y de que sus manifestaciones sintomáticas giran en torno a una alteración corporal por él percibida. Por ello se deduce que la alteración del cuerpo en la esquizofrenia es de un orden diferente del orgánico. Debido al encuadre teórico de la Psiquiatría y de la Psicología Clínica de la actualidad, estas disciplinas no poseen las herramientas necesarias para situar el registro concreto en el que el cuerpo del sujeto esquizofrénico se encuentra alterado y, por ello, carecen de una explicación que ubique dicha alteración en la comprensión y el sentido clínicos.

El Psicoanálisis sitúa el registro de lo simbólico como el eje fundamental que se encuentra alterado en la psicosis y asume que lo que enferma el cuerpo es lo mismo que lo que le restituye el equilibrio: el lenguaje. Por tanto, la alteración corporal en la esquizofrenia responde a una falla en el registro de lo simbólico.

Por ello, para lograr una explicación sobre la alteración del cuerpo en la esquizofrenia que la Psiquiatría y la Psicología Clínica no llegan a alcanzar es imprescindible recurrir a los conocimientos del Psicoanálisis.

- 2) Una investigación sobre la incorporación del cuerpo simbólico en el sujeto humano y su alteración en la esquizofrenia podría aportar un conocimiento más profundo respecto a la alteración corporal en otras patologías diferentes de la esquizofrenia. El contexto socio-cultural actual caracterizado por un apagamiento del orden simbólico influye en los modos de presentación de las alteraciones psíquicas haciendo que se manifiesten de una forma más homogénea en relación a la demanda sintomática corporal, por ejemplo, mediante el dolor difuso, la sensación de vacío o las conductas impulsivas tendentes a calmar una sensación de angustia vivida corporalmente.

Por tanto, nuestra investigación podría ayudar a establecer un diagnóstico diferencial entre diferentes estructuras clínicas cuando se toma como foco el síntoma corporal.

- 3) La adopción del enfoque psicoanalítico para el estudio de las alteraciones en la esquizofrenia implica la admisión de una postura ética específica consistente en tomar en cuenta exclusivamente las consecuencias determinadas por la elección subjetiva de cada cual.

Debido al apagamiento actual del orden simbólico, la ética de la práctica clínica cotidiana se encuentra carente de definición y se trata de suplir a través de comités de ética. Por ello resulta muy difícil realizar movimientos terapéuticos que produzcan una efectiva reducción del sufrimiento subjetivo derivado de la sintomatología.

En relación a eso, la postura ética de un trabajo como el que se presenta podría ayudar a definir los límites éticos difuminados en la actualidad para auxiliar al profesional, ofreciéndole herramientas simbólicas que produzcan actos conducentes al alivio real de la sintomatología y a la compensación psicótica de los consultantes.

Por todo ello consideramos necesario embarcarnos en una investigación como la que se presenta con la esperanza de proporcionar alguna respuesta, pero siempre asumiendo como guía la celeberrima sentencia del filósofo loco Friedrich Nietzsche, según la cual no es la duda sino la certeza lo que vuelve locos a los hombres.

2. INTRODUCCIÓN

2. 1: La esquizofrenia en la actualidad. Su lugar en las clasificaciones psiquiátricas internacionales: DSM-5 y CIE-10

Para comprender la noción de estructura psicótica en su tipo clínico esquizofrénico debemos repasar la génesis y el proceso que llevaron a la psiquiatría clásica a introducir el término “esquizofrenia” y su descripción clínica, así como la evolución que ha sufrido hasta llegar a la actualidad. No obstante, consideramos mejor invertir aquí el orden y comenzar por esclarecer cómo se entiende en la actualidad la esquizofrenia, con el fin de obtener un mejor discernimiento y comprensión. Ello nos permitirá profundizar en una reflexión general acerca de la concepción que actualmente se posee de los trastornos mentales y del diseño y la intención de las clasificaciones internacionales que los engloban.

Se considera a la esquizofrenia en estas clasificaciones como un trastorno mental incluido dentro de los llamados “trastornos psicóticos”. Para comprender en profundidad el significado de esta definición debemos ahondar en la justificación que ha motivado la publicación y el predominio actual de las clasificaciones psiquiátricas internacionales, la descripción de lo que se considera un trastorno mental para las mismas y el estatuto que ocupa la esquizofrenia en ellas.

2. 1. 1: Justificación de la existencia de las clasificaciones internacionales

Las dos clasificaciones internacionales más utilizadas por la psiquiatría en la actualidad son en Europa el capítulo V de la CIE-10 (Clasificación Internacional de Enfermedades realizada por la OMS en su última versión), dedicado a los trastornos mentales y del comportamiento, y en Estados Unidos el DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, también en su última versión). Ambas clasificaciones comparten un gran parecido y un enfoque similar, sin embargo, el DSM-5 introduce una novedad respecto a la CIE-10 al adoptar un punto de vista más dimensional y un poco menos categórico de los trastornos mentales. Esta novedad será imitada en la nueva versión de la CIE, la CIE-11, de próxima aparición. La cuestión respecto a lo que tienen en común y lo que poseen de diferente estas dos clasificaciones será analizado en un apartado posterior de esta investigación.

Históricamente los defensores que han ido estableciendo las clasificaciones psiquiátricas internacionales han argumentado la necesidad de su existencia principalmente en base a la

obligatoriedad de un consenso entre profesionales a la hora de nombrar las patologías mentales que se presentan en la clínica.

La justificación de la existencia de las actuales clasificaciones psiquiátricas internacionales por tanto está basada exclusivamente en la intención de obtener un consenso universal para el diagnóstico de la patología psíquica¹. La publicación de la tercera edición del DSM (DSM-III) aparece como un punto fundamental en este sentido.

Antes de la aparición del DSM-III existía una gran confusión en lo que se refiere al diagnóstico, no sólo debido a las numerosas teorías existentes en psiquiatría - en relación a la etiología, la evolución y la nominación de la patología mental en categorías diferentes según la escuela teórica a la que un profesional estuviera adscrito -, sino también debido a la fragmentación producida por la territorialidad. Por ejemplo, la CIE se utilizaba en algunos países europeos y en otros no, las primeras ediciones del DSM sólo se empleaban en Estados Unidos y algunos países como Francia tenían su propia clasificación de trastornos mentales.

Por todo ello, a finales de la década de los setenta del siglo XX un grupo de trabajo liderado por el psiquiatra Robert Spitzer preparó el borrador de lo que sería el DSM-III, que fue publicado en 1980. Sus objetivos eran: expandir el uso del DSM a todos los profesionales, diferenciar los niveles de severidad en los trastornos, mantener la compatibilidad con la CIE-9 (editada en 1978), establecer criterios diagnósticos con bases empíricas y evaluar las quejas emitidas por profesionales y pacientes representativos².

El primero de los objetivos, dedicado a expandir el uso del DSM a todos los profesionales, buscaba obtener el diagnóstico del mismo trastorno en distintos observadores y así compartir una nominación idéntica de los mismos síntomas para cualquier profesional que los evaluara en cualquier lugar del mundo. Por tanto, el primer y principal objetivo era obtener un consenso a la hora de diagnosticar las patologías psíquicas, ya que, si se lograba expandir el uso del DSM a todos los profesionales, se conseguiría por primera vez en la historia de la psiquiatría la utilización de una única clasificación de trastornos mentales en cualquier lugar del mundo.

Esa búsqueda de consenso en la nominación diagnóstica se pone aún más de manifiesto al tener en cuenta el objetivo respecto a mantener la compatibilidad con la CIE. La idea era equiparar el DSM-III y sus versiones posteriores con la clasificación más dominante en la

¹ O.M.S: *CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Guía de Bolsillo. Organización Mundial de la Salud (1994), p. xi: "Un consenso es un compromiso en aras de una aplicación práctica y de un lenguaje común. Suele ser el mejor de los mundos posibles".

² Del Barrio, V (2009). "Raíces y evolución del DSM", p. 82. En *Revista de Historia de la Psicología*, vol. 30, núm. 2-3 (junio-septiembre).

civilización occidental (elaborada por la Organización Mundial de la Salud), con lo que se evidencia la justificación de los defensores de estas clasificaciones respecto a lograr el mismo diagnóstico en cualquier clínico del planeta que observara los mismos síntomas descritos para un determinado trastorno mental.

La búsqueda de consenso también se evidencia en el último de los objetivos expuestos por el grupo de trabajo de Spitzer, el que se refiere a evaluar las quejas emitidas por profesionales y pacientes representativos. La idea consistía en que, evaluando las quejas de los profesionales y los pacientes, el grupo de trabajo podría elaborar una clasificación que las tuviera en cuenta. Al solucionar estas quejas en una clasificación homogénea que no permitiera errores de nominación, la clasificación se acercaría aún más al ideal de consenso universal.

El objetivo referido a diferenciar los niveles de severidad de los trastornos será analizado en el siguiente apartado de esta investigación, dedicado a la descripción de las clasificaciones psiquiátricas internacionales.

Por último, es especialmente importante el objetivo propuesto por el grupo de trabajo de Spitzer referido a establecer criterios diagnósticos con bases empíricas. Este objetivo también está al servicio de la necesidad de un consenso universal para el diagnóstico de la patología psíquica y, por tanto, está al servicio de la justificación de la existencia de las clasificaciones psiquiátricas internacionales.

Recordemos que se ha comentado que la necesidad de un consenso universal para el diagnóstico de los trastornos mentales partía de la fragmentación debida a la territorialidad y, sobre todo, de las múltiples teorías y escuelas que en psiquiatría y psicología proliferaron a partir del siglo XX. Esta proliferación de teorías produjo una multiplicación enorme en la nominación de la patología mental. No sólo se nombraban de forma diferente los síntomas y los cuadros patológicos en teorías distintas³, sino incluso entre diferentes escuelas de una misma corriente teórica⁴.

³ Por ejemplo, el cognitivismo concebía la existencia del cuadro clínico llamado depresión, pero el psicoanálisis no creía en la existencia de dicho cuadro. Sin embargo, el psicoanálisis consideraba la existencia de la perversión como estructura clínica, mientras que el conductismo o el cognitivismo no la tenían en cuenta. También como ejemplo podemos mencionar la anorexia concebida según la teoría sistémica o la melancolía con síntomas anoréxicos pensada por el psicoanálisis existencial.

⁴ Esto es especialmente observable entre las distintas corrientes psicoanalíticas. Así, mientras el psicoanálisis lacaniano considera la clasificación estructural de la patología entre neurosis, psicosis y perversión con diferentes tipos clínicos en cada una de ellas, la *Egopsychology* americana establecía una clasificación de la patología basada en los diferentes mecanismos de defensa yoicos. De igual forma, un mismo diagnóstico nombraba diferentes síntomas y procesos etiológicos, como por ejemplo el diagnóstico de neurosis obsesiva. No se refería a lo mismo si lo utilizaba un psicoanalista lacaniano o si lo utilizaba un psicoanalista adscrito a la IPA. También cabría mencionar la diferente forma de nominación de la patología entre la escuela sistémica italiana liderada por Selvini-Palazzoli y la escuela sistémica norteamericana de Palo Alto.

La idea defendida por Spitzer y por los grupos de trabajo encargados de la elaboración de las clasificaciones internacionales consistía en poner fin a la vorágine nominativa y diagnóstica que producía confusión tanto en los profesionales como en los propios pacientes que consultaban a distintos clínicos de diferentes orientaciones teóricas.

Si esta vorágine diagnóstica estaba producida en parte por la fragmentación territorial, Spitzer y los grupos de trabajo extendieron las clasificaciones internacionales a todos los profesionales y equipararon las principales clasificaciones entre sí.

Quedaba la parte responsable de la infinidad diagnóstica relacionada con la multitud de teorías y escuelas. Para resolver esta cuestión y obtener el definitivo consenso diagnóstico universal, Spitzer y los grupos de trabajos responsables del establecimiento del DSM y el capítulo V de la CIE optaron por una opción radical: decidieron desmarcarse de cualquier tipo de teoría o escuela.

La propuesta del DSM-III, seguida en sus diferentes revisiones e imitada en la CIE-10, fue la de considerarse una clasificación completamente atórica. Esto significaba que la clasificación renunciaba a encuadrarse dentro de cualquier teoría psiquiátrica o psicológica. Los grupos de trabajo de las clasificaciones pensaban que al excluir cualquier posicionamiento teórico eliminaban la confusión reinante en los diagnósticos y contribuían a crear un lenguaje universal compartido por todos los clínicos, con independencia de la teoría que estos tomaran como base. De esta forma creyeron que habían logrado deshacerse de cualquier ideología teórica y, por tanto, creyeron haber resuelto el problema que dificultaba el acceso al consenso diagnóstico general.

Es en este punto donde cobra una importancia fundamental el objetivo propuesto por Spitzer y su grupo sobre establecer criterios diagnósticos con bases empíricas. El postulado de no considerarse dentro de ninguna teoría sobre el sufrimiento psíquico venía acompañado por el corolario esencial de basarse exclusivamente en los datos empíricos. Es decir, si nos deshacemos de todas las teorías, lo único que nos queda para establecer una clasificación son los meros datos clínicos (síntomas, variables medidas a través de procesos de psicodiagnóstico, neuroimagen cerebral, analíticas sanguíneas y estudios realizados utilizando el procedimiento de comparación estadístico).

Si hay alguna teoría que defiendan los creadores de las actuales clasificaciones psiquiátricas, esta es exclusivamente una teoría completamente solapada, recubierta, igualada,

Por otra parte, no sólo las escuelas psicológicas sufrían este inconveniente, también era palpable en la psiquiatría. En los años sesenta en nuestro país por ejemplo la nominación y el diagnóstico eran muy distintos si un psiquiatra pertenecía a la corriente más biológica liderada por López-Ibor o si se encuadraba en la escuela desarrollada por Castilla del Pino.

al método estadístico más positivista; aquel que meramente recoge datos mensurables y elabora correlaciones estableciendo una apariencia falsa de causalidad.

Lo que queremos decir es que, a pesar de la intención activa de eliminar cualquier teorización a la hora de elaborar la clasificación de consenso universal, es imposible excluir la presencia de un aparato conceptual, por mínimo que este sea, ya que este aparato conceptual es el que otorga un orden, una coherencia, una lógica, a los datos. Es decir, aunque queramos eliminar cualquier influencia conceptual, eso no es posible porque los datos son simplemente eso, datos, y es a través de una interpretación (por pequeña que esta sea) que los datos advienen otra cosa (ordenación en clasificaciones o signos de la confirmación o refutación de una teoría explicativa). Esto ocurre en cualquier área del conocimiento, incluidas las ciencias naturales más firmemente establecidas como la física o la biología.

Por ello, la importancia de establecer criterios diagnósticos con bases empíricas no sólo encuadraba a las clasificaciones psiquiátricas actuales en el discurso científico dominante, sino que además era una consecuencia lógica a la que obligaba el posicionamiento ateorico defendido. Es decir, al identificar la teoría al método, el único material de trabajo válido eran datos obtenidos por medios que proporcionaran una medida de los mismos.

No obstante, incluso el intento de equiparar un modelo teórico exclusivamente a un método (en este caso el científico-estadístico), necesita un marco conceptual un poco más elevado para obtener una clasificación nosográfica. El marco conceptual silenciado que se utiliza en las clasificaciones internacionales para establecer no sólo la clasificación sino también las orientaciones de tratamiento o terapéuticas, es el marco de la psiquiatría más médica que asume una causalidad biológica para la patología psíquica y, por ende, supone la existencia de las enfermedades mentales como entidades naturales.

2. 1. 2: Descripción de las clasificaciones internacionales: puntos en común y diferencias entre CIE-10 y DSM-5

Tanto el DSM-5 como la CIE-10 se definen en sus títulos como clasificaciones de trastornos mentales (la CIE-10 agrega también del comportamiento). Decir “trastorno” no es lo mismo que decir “patología” o que decir “enfermedad”.

Un trastorno mental es la agrupación en criterios diagnósticos de síntomas o signos clínicos. Por tanto, un trastorno es equivalente a un síndrome. Un trastorno mental no tiene la categoría de enfermedad, es, por así decir, un paso inferior a ella.

Para que una patología pueda ser considerada una enfermedad en el sentido médico de la expresión han de estar presentes tres factores fundamentales:

- 1) La patología posee síntomas patognomónicos. Es decir, se evidencia en síntomas que sólo son propios de esa patología y no de otra. Los síntomas de la patología son distintos de otros síntomas observados en enfermedades similares o diferentes.
- 2) Es posible describir un curso (desarrollo y modificaciones biológicas que va produciendo la enfermedad en el organismo a lo largo del tiempo) y una evolución (estados por los que transita la persona en el curso de la patología) propios de esa patología y diferentes de otras patologías similares.
- 3) Se conoce de manera clara y definida la causa biológica que produce tanto los síntomas como el curso y la evolución de la patología.

Dada la inexistencia de estos tres factores fundamentales, no hay ninguna patología mental que pueda ser considerada como enfermedad desde el punto de vista médico.

Esta orientación que agrupa a la patología psíquica en trastornos mentales, junto con el posicionamiento atórico defendido por los creadores de las clasificaciones internacionales, hace que el producto taxonómico obtenido se encuadre dentro del ámbito descriptivo, no explicativo. Este punto es importante, puesto que las clasificaciones psiquiátricas actuales se definen a sí mismas como descriptivas⁵. No obstante, al no poder desprenderse

⁵ O.M.S: *CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Guía de Bolsillo. Organización Mundial de la Salud (1994), p. 247: “se estaba de acuerdo en que, debido al incompleto y frecuentemente controvertido estado del conocimiento sobre la etiología de la mayoría de los trastornos psiquiátricos, la clasificación debía estar, en lo posible, basada en descripciones”.

completamente de un posicionamiento teórico, estas clasificaciones caen en el problema de orientar la etiología desde un punto de vista determinado, el biológico, sin explicitarlo.

Esta cuestión es consecuencia del denodado empeño que la psiquiatría más actual, en alianza con la industria farmacéutica y las compañías de seguros, muestra para deshacerse de la subjetividad y, por tanto, de la orientación psicoanalítica. La idea de poder establecer una causalidad lineal biológica da una pátina de cientificidad a una disciplina como la psiquiatría (y también la psicología), deseosa de ser considerada científica y, por tanto, deseosa de adquirir el poder que la verdad científica actual otorga a cualquier saber meramente por encuadrarse en sus postulados, aunque sea sólo en apariencia.

Además, la cuestión del mercado está en primer plano. Si la patología psíquica tiene una causalidad biológica, entonces se pueden comercializar productos que actúen sobre la supuesta causa, desde psicofármacos hasta programas terapéuticos para reeducar a la persona.

Por tanto, para poder realizar la necesidad de que a la psiquiatría y a la psicología se le considere científicas, y para poder cumplir el deseo de poder ganar dinero en este ámbito de la industria farmacéutica y las compañías de seguros, es necesario eliminar cualquier atisbo de subjetividad. Consiguientemente, cualquier enfoque que defienda la causalidad psíquica y subjetiva ha de ser también borrado, es decir, por encima de todo, se debe eliminar el psicoanálisis y sus aportaciones.

Volviendo a los trastornos que existen en las clasificaciones internacionales, ¿cómo están estos ordenados? ¿Cómo están clasificados? ¿Qué criterios se han seguido para organizar las nosografías de uso común en la actualidad?

Operativamente los trastornos mentales son categorías. Es decir, son clases que tratan de incluir a personas que cumplen unas determinadas características. Estas características son las condiciones que posibilitan la inclusión o exclusión de un sujeto en una clase determinada que se denomina “trastorno mental”, sea este del tipo que sea. Las características que forman la clase “trastorno mental” son denominadas criterios diagnósticos. A su vez, estos criterios diagnósticos están formados por un conjunto de síntomas o condiciones clínicas que la persona debe cumplir para poder ser asignada a dicho trastorno mental. Los criterios diagnósticos son heterogéneos, pudiendo referirse a la presencia de síntomas determinados, a la duración de los mismos, a que su aparición no sea debida a una condición médica u a otra categoría tipificada como trastorno mental, etc.⁶

⁶ *Ídem*, p. 250: “Lo que comúnmente se denominan criterios diagnósticos es un grupo mixto de enunciados, en los que algunos dan el diagnóstico del trastorno presente, algunos describen el tipo de paciente más

Por tanto, cada clase denominada “trastorno mental” se forma por la agrupación de varios criterios diagnósticos, los cuales determinan la inclusión o exclusión de un paciente en cada una de las categorías. A su vez, las categorías diagnósticas de trastornos mentales se reúnen en grupos que forman clases superiores de trastornos mentales.

Debido a que los trastornos mentales operativamente se constituyen siendo categorías o clases, han de poseer unos límites definidos.

El establecimiento de los límites de cada categoría es imprescindible, ya que las taxonomías, por su propia naturaleza, se constituyen a nivel general mediante la lógica de la disyunción, es decir, o un individuo pertenece a una categoría o pertenece a otra. El ideal taxonómico en cualquier disciplina sería el de poder incluir a un individuo en una y sólo una categoría de forma clara y cierta. Para poder lograr esto es fundamental constituir límites entre las categorías; cuanto mejor definidos estén los límites, más precisa será la taxonomía. Es precisamente en la definición de los límites para las categorías donde las clasificaciones psiquiátricas actuales encuentran una gran problemática.

Debemos añadir que en ciencia lo que dota de exactitud a un límite es, por encima de todo, su cualidad de poder ser observado independientemente del observador; por ello el ideal es que el límite pueda ser medido matemáticamente, de esta forma el consenso entre los profesionales que emplean la taxonomía será universal e indiscutible y, sobre todo, se habrá constituido un límite sólido que aumentará el rigor de la clasificación y permitirá incluir sin error a una persona en una categoría.

El problema para las clasificaciones psiquiátricas internacionales viene dado porque los constructos que manejan a la hora de definir los límites entre categorías en su mayor parte no pueden ser establecidos por el método científico, ya sea porque su medida es imposible (como ocurre con síntomas tales como la apatía o el lenguaje desorganizado), ya sea porque su medida no puede ser fijada independientemente del observador (como pasa con la cualidad emocional o cierto tipo de comportamientos), ya sea porque la medida de los constructos se basa en instrumentos que no cumplen las condiciones básicas de fiabilidad y validez (como ocurre con la medición del grado de tristeza o hiperactividad con instrumentos breves y de nula calidad psicométrica)⁷.

Ante esta traba en la definición de los límites para las categorías de trastornos mentales se puede optar por dos puntos de vista en la elaboración de las clasificaciones: a) aplicar un

frecuentemente encontrado, otros describen las consecuencias más frecuentes del trastorno y otros describen las prioridades relativas en la jerarquía de la importancia diagnóstica”.

⁷ *Ídem*, p. 248: “La dependencia de la descripción de las emociones, vivencias y comportamientos significa inevitablemente que es probable que existan muchos problemas al definir los límites entre los diferentes trastornos, y entre los grados de severidad leve y grave de un mismo trastorno”.

enfoque estrictamente categorial cerrado o *b)* instituir una orientación dimensional abierta. Cada uno de estos enfoques tiene sus ventajas y sus inconvenientes.

Hasta la aparición del DSM-5 la orientación adoptada por la clasificación norteamericana (en sus ediciones 3ª, 3ª revisada, 4ª y 4ª revisada) y por la CIE (en sus ediciones 9ª y 10ª) ha sido optar por un enfoque categorial cerrado. La adopción de este enfoque se caracteriza por establecer límites estrictos e inflexibles para las categorías diagnósticas de un mismo grupo de trastornos mentales y para cada grupo de trastornos mentales entre sí. La ventaja del posicionamiento en un enfoque de este tipo es la reducción de falsos positivos, pero sus inconvenientes son el elevado número de categorías necesarias para formar la clasificación y el problema de la comorbilidad.

Al no poder establecer límites matemáticos ni biológicos, los límites que se establecen en las clasificaciones psiquiátricas actuales que se posicionan en un enfoque estrictamente categorial se basan en la duración, en la severidad y en la distinción sintomática.

Esto quiere decir que los límites vienen dados, por una parte, por el tiempo que permanecen los síntomas. Por otra parte, vienen dados por la severidad que tradicionalmente se ha descrito en psiquiatría para algunas patologías mentales que en su prognosis más común culminaban con un deterioro importante de las funciones corporales, cognitivas o funcionales de un sujeto, a diferencia de otras cuyo estado terminal no llegaba hasta ese punto o culminaba con la desaparición de la patología. Por último, los límites se establecen en base a la diferencia sintomática. Esta conceptualización es la fundamental a la hora de instituir los límites entre las categorías, ya que funciona como principio diferencial capital.

La característica esencial es que las clasificaciones categoriales establecen una rigidez estricta entre los límites. es que se establece una rigidez estricta entre los límites.

Los límites muy rígidos y nítidamente definidos poseen la ventaja de afinar el diagnóstico en el momento en que una persona consulta a un profesional de la salud mental, así como de diferenciar muy claramente entre trastornos mentales particulares y grupos de trastornos mentales. La ventaja principal, por tanto, estriba en reducir el número de falsos positivos⁸, es decir, reducen considerablemente la probabilidad de incluir a una persona que muestra un determinado tipo de psicopatología en un trastorno mental que en realidad no padece.

Pese a esta gran ventaja, la estrechez de las categorías, debida a la excesiva restricción de los límites que las conforman, presenta dos grandes inconvenientes, a saber, el elevado

⁸ Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5ª Ed. (2014), p. 12: “Las ediciones anteriores del DSM se centraban en excluir los resultados falsos positivos de los diagnósticos”.

número de categorías diagnósticas necesarias para formar la clasificación y el problema de la comorbilidad.

En efecto, el precio que se paga por una afinación adecuada en el diagnóstico de una persona en un determinado momento es la multiplicación del número de categorías de trastornos mentales. Para ilustrar esta idea basta comparar el DSM-III con el DSM-IV. En el primero el número de categorías diagnósticas sobrepasaba las trescientas, mientras que el DSM-IV superaba las cuatrocientas.

La comorbilidad se define como la presencia simultánea en un sujeto de dos o más trastornos mentales en un momento determinado. Es una de las consecuencias de utilizar en el diseño de las clasificaciones un enfoque categorial.

Efectivamente, debido a que el principio rector para la formación de categorías de trastornos mentales es la diferencia sintomática, es fácil que una persona en un momento vital determinado pueda presentar síntomas heterogéneos. Como las clasificaciones psiquiátricas categoriales no tienen la capacidad de englobar la heterogeneidad de síntomas presentes en una categoría amplia (debido a la estrechez impuesta por la definición restrictiva de los límites entre categorías), la única solución que pueden aportar este tipo de clasificaciones es asignar la persona a varias categorías, lo que se traduce en una multiplicidad de diagnósticos para una sola persona.

Para evitar los inconvenientes del excesivo número de categorías diagnósticas y la elevada comorbilidad, se puede optar por diseñar la clasificación desde otro enfoque: la orientación dimensional abierta. En este punto se sitúa la novedad del DSM-5 respecto a la CIE-10.^{9,10} La característica fundamental de este punto de vista taxonómico no es la definición de las categorías, puesto que también contemplan los criterios diagnósticos como las condiciones de inclusión o exclusión de un sujeto en un trastorno mental, sino el establecimiento de los límites.

En un enfoque dimensional los límites son mucho más flexibles que en un enfoque categorial, esto posibilita que tanto el número de categorías diagnósticas como la

⁹ *Ídem*, p. 5: “Los límites entre muchas «categorías» de trastornos son más flexibles a lo largo de la vida de lo que el DSM-IV reconocía, y muchos síntomas asignados a un solo trastorno se puede producir, con diferentes grados de gravedad, en otros trastornos. Estos hallazgos significan que el DSM, como otras clasificaciones de enfermedades médicas, debería suministrar vías para introducir abordajes dimensionales en los trastornos mentales, incluso en las dimensiones que se sitúan entre las categorías actuales. Este tipo de abordaje debería permitir realizar una descripción más precisa de las presentaciones de los pacientes y aumentar la validez de los diagnósticos”.

¹⁰ *Ídem*, p. 12: “Las ediciones anteriores del DSM [...] [produjeron] categorías diagnósticas estrechas que no reflejaban la realidad clínica, la heterogeneidad sintomática de los trastornos ni la cantidad importante de síntomas que muchos de estos trastornos comparten. La aspiración histórica de alcanzar la homogeneidad diagnóstica mediante la progresiva subtipificación de las categorías de trastornos ya no resulta sensata”.

comorbilidad se reduzcan. Al contemplar límites más abiertos, una persona con síntomas heterogéneos puede ser clasificada dentro de una sola categoría sin tener que añadir más diagnósticos adicionales. Asimismo, el número de diagnósticos que forman la clasificación disminuye, puesto que trastornos con síntomas parecidos se fusionan en una única categoría con límites más permeables, lo que permite englobar a sujetos con características parecidas pero variables. Por consiguiente, en principio, tanto el número de diagnósticos como la comorbilidad se reducen.

Ahora bien, el inconveniente de adoptar un enfoque dimensional abierto es justamente que el número de falsos positivos aumenta. Es decir, cuanto más abiertos son los límites, más se incrementa la probabilidad de incluir a una persona en un trastorno mental que no padezca.

Por ello, aunque el DSM-5 adopta un punto de vista dimensional en algunas de sus categorías, combina esta orientación con un enfoque categorial. Es una especie de solución de compromiso por la que se trata de obtener los beneficios de ambas orientaciones: minimizar el número de falsos positivos a la vez que se disminuyen el número de diagnósticos y la comorbilidad. Esta es la diferencia fundamental que posee el DSM-5 respecto a la CIE-10, esta última basada exclusivamente en un punto de vista categorial. Sin embargo, esta combinación categorial y dimensional también será imitada en la CIE-11.

No obstante, hay que remarcar que, aunque los beneficios de una combinación de ambas orientaciones taxonómicas son evidentes, como ocurre con toda solución de compromiso no se eliminan los problemas. Si bien es cierto que el número de falsos positivos disminuye, no lo hace hasta el punto alcanzado si se mantiene exclusivamente un enfoque categorial. Asimismo, a pesar de que se observa una reducción en el número de diagnósticos y en la comorbilidad, esta reducción es bastante baja si se compara con la utilización de un enfoque exclusivamente dimensional.

En resumen, las dos clasificaciones psiquiátricas internacionales tienen en común que ambas son descriptivas y que son clasificaciones de trastornos mentales, definidos estos como agrupaciones sintomáticas que forman clases o categorías en base a criterios diagnósticos y límites establecidos por la duración de los síntomas, la severidad de los mismos o de la prognosis del trastorno y la diferencia sintomática.

Las diferencias entre ambas clasificaciones se sitúan a nivel de orientación taxonómica. La CIE-10 utiliza un enfoque categorial cerrado, afinando así el diagnóstico para una persona en un momento dado y disminuyendo los falsos positivos, aumentando sin embargo el número de categorías y la comorbilidad. El DSM-5 por su parte utiliza un enfoque híbrido

que mezcla una orientación dimensional con un punto de vista categorial, tratando de esta forma de disminuir el número de categorías diagnósticas, la comorbilidad y también los falsos positivos. No obstante, no logra conseguirlo de una forma ideal.

2. 1. 3: El estatuto de la esquizofrenia en CIE-10 y DSM-5

En la CIE-10 la esquizofrenia es un trastorno mental incluido dentro del grupo “Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes”. Siguiendo los criterios de ordenación de los grupos categoriales propios de la CIE-10, donde en primer lugar se colocan los trastornos mentales cuya etiología es algo conocida, seguidos de los trastornos mentales cuya prognosis puede implicar un grave deterioro para el sujeto, este grupo categorial ocupa el tercer lugar dentro de la clasificación de la CIE-10.

La esquizofrenia ocupa el primer lugar dentro del grupo categorial al que pertenece en la CIE-10. Este trastorno mental se caracteriza para esta clasificación por distorsiones fundamentales y características del pensamiento y de la percepción, y por los afectos embotados o inapropiados. La claridad de la conciencia y la capacidad intelectual están conservadas, aunque con el paso del tiempo pueden presentarse déficits cognoscitivos¹¹. Por lo que se refiere al curso, este puede ser continuo o episódico, con un defecto estable o progresivo, o puede haber uno o más episodios con remisión completa o incompleta¹².

Respecto a los criterios de exclusión referidos al diagnóstico diferencial, la CIE-10 establece que el diagnóstico de esquizofrenia no debe hacerse ante la presencia de síntomas prominentes de depresión o manía a menos que los síntomas esquizofrénicos antecedan de forma clara al trastorno del humor. Tampoco debe diagnosticarse esquizofrenia ante la presencia de una enfermedad cerebral manifiesta o durante el estado de intoxicación o abstinencia por alguna droga¹³.

Los criterios diagnósticos generales para la esquizofrenia, independientemente de su tipo clínico, según la CIE-10 son los siguientes¹⁴:

G1. Al menos uno de los síndromes, síntomas o signos incluidos en el apartado 1, o al menos dos de los síntomas y signos incluidos en 2, deben estar presentes la mayor parte del

¹¹ O.M.S: *CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Guía de Bolsillo. Organización Mundial de la Salud (1994), p. 70.

¹² *Ibidem*.

¹³ *Ibidem*.

¹⁴ *Ídem*, p. 71.

tiempo y durante un episodio de enfermedad psicótica de por lo menos un mes de duración (o durante algún tiempo la mayor parte de los días).

1. Por lo menos uno de los siguientes:
 - a) Eco¹⁵, inserción¹⁶, robo¹⁷, o difusión del pensamiento¹⁸.
 - b) Ideas delirantes¹⁹ de ser controlado, de influencia o de pasividad, referidas claramente al cuerpo, a los movimientos de los miembros o a pensamientos, acciones o sensaciones específicas y percepciones delirantes²⁰.
 - c) Voces alucinatorias²¹ que comentan la propia actividad o que discuten entre sí acerca del enfermo, y otro tipo de voces alucinatorias procedentes de alguna parte del cuerpo.
 - d) Ideas delirantes persistentes de otro tipo que no son propias de la cultura del individuo y que son completamente imposibles (por ejemplo, ser capaz de controlar el clima o estar en comunicación con seres de otro mundo).
2. O al menos dos de los siguientes:

¹⁵ Álvarez, J. M.^a; Esteban, R; Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, p. 431: “El paciente tiene la molesta sensación de escuchar sus pensamientos al tiempo que se le ocurren o como repetición posterior”.

¹⁶ *Ídem*, p. 430: “El paciente experimenta sus pensamientos como extraños; no son suyos, le son injertados o impuestos mediante complicados procedimientos tecnológicos, mágicos o inexplicables subjetivamente. Otras veces percibe una influencia que desvía o trastoca su propio discurrir y/o su expresión verbal”.

¹⁷ *Ídem*, p. 430-431: “A veces el paciente siente que su mente ha sido vaciada, que no tiene contenido alguno. En otras ocasiones le es robado algo que iba a pensar en ese momento. Por lo general, la puesta en palabras de estas situaciones es una elaboración secundaria al fenómeno en sí mismo, al que el sujeto busca una explicación delirante”.

¹⁸ *Ídem*, p. 430: “El enfermo cree que sus pensamientos pueden ser escuchados y conocidos por los demás como si se difundiesen fuera de su mente. Es una experiencia pasiva, no querida y desagradable. A veces lo formulan como que los demás oyen – textualmente – lo que piensan, y otras como si su pensamiento fuese retransmitido por algún procedimiento”.

¹⁹ *Ídem*, p. 425-427: “Los clásicos de la psicopatología [...] han pretendido definir el delirio en relación a cuatro características [...]: el juicio erróneo, la alteración de la realidad, la inquebrantabilidad del delirio y la certeza o convicción delirante [...]. Las actuales clasificaciones nosográficas [...] siguen haciendo pivotar la definición de lo delirante sobre la credibilidad compartida [...]. En la CIE-10 [...] el delirio se trata de una creencia falsa e inamovible concerniente al propio individuo y/o a su medio externo, la cual está fuera de la realidad y no es compartida por otras personas de su mismo medio sociocultural. Es mantenida con convicción a pesar de las evidencias en contra. Dicha creencia morbosa puede relacionarse con: ser seguido, observado, perseguido, con la supuesta infidelidad de la esposa, o con creencias de superioridad, o relacionadas con la apariencia o con la propia identidad”.

²⁰ *Ídem*, p. 429: “Para Kurt Schneider, el fenómeno consiste en atribuir a una percepción real un significado anómalo, sin motivo comprensible para el interlocutor, y la mayoría de las veces autorreferencial. Suele vivenciarse como un aviso o mensaje de una instancia real y superior al paciente, es una revelación [...] y además es impuesta, procede del exterior del enfermo, quien no la reconoce como deducción propia”.

²¹ *Ídem*, p. 447: “La psicopatología psiquiátrica actual exige que se cumplan simultáneamente tres criterios para que un fenómeno sea considerado alucinatorio: 1) experiencia de percepción subjetiva en ausencia de un estímulo externo; 2) tal experiencia conlleva una sólida convicción de realidad, pues para el sujeto tiene las mismas características de la percepción auténtica; 3) es inesperada, ocurre espontáneamente y no es controlada fácilmente por el sujeto [...]. Añadamos que generalmente produce una reacción afectiva desagradable para el paciente”.

- a) Alucinaciones persistentes de cualquier modalidad, cuando se presentan a diario durante al menos un mes, cuando se acompañan de ideas delirantes (que pueden ser fugaces o poco estructuradas) sin un contenido afectivo claro, o cuando se acompañan de ideas sobrevaloradas²² persistentes.
- b) Neologismos²³, interceptación o bloqueo del curso del pensamiento²⁴, que dan lugar a un discurso incoherente o irrelevante.
- c) Conducta catatónica²⁵, tal como excitación, posturas características o flexibilidad cética²⁶, negativismo²⁷, mutismo²⁸ y estupor²⁹.
- d) Síntomas “negativos”, tales como marcada apatía³⁰, pobreza del discurso y embotamiento o incongruencia de las respuestas emocionales (debe quedar claro que estos síntomas no se deben a depresión o a medicación neuroléptica).

G2. Criterios de exclusión usados con más frecuencia:

²² *Ídem*, p. 424: “Convicciones que el sujeto considera de una solidez exagerada, que conducen de modo importante su vida y que además se cargan de un fuerte tono afectivo. Se diferencian de las ideas obsesivas en que el individuo no las rechaza pues son egosintónicas y no las considera absurdas, y de las ideas delirantes en que a veces pueden ser corregidas por la experiencia de realidad o la influencia de algún interlocutor al que el sujeto conceda especial crédito”.

²³ *Ídem*, p. 406: “El neologismo patológico, propio de las psicosis, es una palabra o locución creada por el paciente para dar cuenta de un significado muchas veces inefable, la cual no llega a incorporarse al vocabulario de intercambio”.

²⁴ *Ídem*, p. 420: “El paciente se interrumpe súbitamente como si algo le impidiese continuar el curso de sus ideas; puede retomarlo donde lo dejó o con un tema completamente diferente”.

²⁵ *Ídem*, p. 542: “la etimología remite en medicina al campo semántico de la rigidez: rigidez postural, cierto hipertono muscular, etc.”

²⁶ *Ibidem*: “El término designa un fenómeno consistente en que el paciente mantiene sus miembros en la postura que le imponga el explorador (*hipertonía plástica*)”. Es sinónimo del término semiológico “catalepsia”.

²⁷ O.M.S: CIE-10. *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Guía de Bolsillo. Organización Mundial de la Salud (1994), p. 74: “Negativismo: resistencia sin motivo aparente a toda instrucción o intento de ser movilizad, o movimientos oposicionistas”.

²⁸ Álvarez, J. M.ª; Esteban, R; Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, p. 395-396: “Suspensión del lenguaje hablado sin alteración del nivel de conciencia ni otros trastornos instrumentales del lenguaje, hecho éste que lo diferencia de la mudéz, sordomudéz, afasias, etc. Por lo general, el paciente conserva la capacidad de expresión mímica y la escritura”.

²⁹ *Ídem*, p. 541: “Se trata de un síndrome complejo, forma especialmente intensa y grave de la inhibición y el enlentecimiento global de la psicomotricidad pero sin afectación de la conciencia vigil (a diferencia de los estupores de causa orgánica), en el cual el individuo se muestra severamente embotado y paralizado, autista, ausente respecto al entorno, sin apenas reacciones o con movimientos semiautomáticos súbitos, y con la mímica poco marcada pero congelada en una expresión de extrañeza o indiferencia; si se agrava el cuadro, pueden aparecer abolición completa de movimientos voluntarios, negativa a comer (sitofobia) e incontinencia de heces y orina (gatismo). Aunque el paciente permanezca arreactivo, suele subyacer una gran angustia con o sin perplejidad. Este estado puede durar desde minutos hasta semanas, llegando a veces a prolongarse mucho más”.

³⁰ *Ídem*, p. 562: “el individuo parece no interesarse por nada, está hiporreactivo desde el punto de vista psíquico, nada le conmueve o le interesa, y conserva perfecta conciencia vigil”.

1. Si el paciente también cumple criterios de un episodio maníaco o de un episodio depresivo, los criterios enumerados arriba en G1.1 y G1.2 deben satisfacerse antes del desarrollo del trastorno del humor.
2. El trastorno no es atribuible a una enfermedad orgánica cerebral o a intoxicación, dependencia o abstinencia de alcohol u otras drogas.

Respecto a las formas de evolución general de la esquizofrenia, la CIE-10 establece ocho modalidades³¹: 1) continua (sin remisión de los síntomas psicóticos durante el periodo de observación), 2) episódica con defecto progresivo (desarrollo progresivo de síntomas “negativos” en los intervalos entre episodios psicóticos), 3) episódica con defecto estable (síntomas “negativos” persistentes pero no progresivos en los intervalos entre episodios psicóticos), 4) episódica remitente (remisión completa o virtualmente completa entre los episodios psicóticos), 5) remisión incompleta, 6) remisión completa, 7) otra y 8) curso incierto, periodo de observación demasiado corto.

Por lo que se refiere a los tipos clínicos de presentación de la esquizofrenia, la CIE-10 considera seis fundamentales. Para todos ellos, excepto para el último – la esquizofrenia simple, que ocupa un lugar especial y que no está incluida en el DSM-5 –, requiere que los criterios generales descritos se cumplan en el presente (esquizofrenia paranoide, hebefrénica, catatónica o indiferenciada) o se hayan cumplido en algún momento del pasado (esquizofrenia residual). Además, considera dos tipos de esquizofrenia generales o inespecíficas. Pasamos a describirlos brevemente.

1. *Esquizofrenia paranoide*: En ella predominan las ideas delirantes relativamente estables, a menudo paranoides (tales como delirios de persecución, de referencia, genealógicos, de tener una misión especial, de transformación corporal o de celos), que suelen acompañarse de alucinaciones, en especial de tipo auditivo, y de otras alteraciones perceptivas (alucinaciones olfatorias, gustativas, sexuales u otro tipo de sensaciones corporales). Las alteraciones del afecto, la volición y el discurso y los síntomas catatónicos están ausentes o relativamente inadvertidos³².
2. *Esquizofrenia hebefrénica*: Forma de esquizofrenia en la que predominan los cambios afectivos, con ideas delirantes y alucinaciones transitorias y fragmentarias, y es frecuente un comportamiento irresponsable e impredecible (desorganizado) y los

³¹ O.M.S: CIE-10. *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Guía de Bolsillo. Organización Mundial de la Salud (1994), p. 72.

³² *Ibidem*.

manierismos³³. El humor es superficial e inapropiado, el pensamiento está desorganizado y el discurso es incoherente. Hay una tendencia al aislamiento social. Por lo general, el pronóstico es malo, debido al rápido desarrollo de síntomas “negativos”, en particular embotamiento afectivo y abulia³⁴. Normalmente sólo debe diagnosticarse hebefrenia en adolescentes o adultos jóvenes³⁵.

3. *Esquizofrenia catatónica*: Aquí dominan las alteraciones psicomotoras notables, que pueden alternar entre extremos de hipercinesia a estupor, o de obediencia automática³⁶ a negativismo. Pueden mantenerse posturas y actitudes constreñidas forzadas durante largos periodos de tiempo. Un rasgo llamativo de este trastorno puede ser la presencia de episodios de excitación intensa. Los fenómenos catatónicos pueden combinarse con estados oniroides³⁷ con alucinaciones escénicas vívidas³⁸.
4. *Esquizofrenia indiferenciada*: Estados psicóticos que cumplen los criterios generales de esquizofrenia, pero no se ajustan a ninguno de los subtipos o presentan características de más de uno de ellos, sin claro predominio de ninguno³⁹.
5. *Esquizofrenia residual*: Estado crónico en el desarrollo de una enfermedad esquizofrénica, en la cual ha habido una progresión clara desde un estadio temprano a uno posterior caracterizado por síntomas “negativos” a largo plazo, aunque no necesariamente irreversibles; por ejemplo, enlentecimiento psicomotor, disminución de la actividad y embotamiento afectivo; pasividad y falta de iniciativa, pobreza en la cantidad o contenido del lenguaje; comunicación no verbal pobre por la expresión facial, contacto ocular, modulación de la voz y posturas; cuidado de sí mismo y rendimiento social empobrecidos⁴⁰.

³³ Álvarez, J. M.^a; Esteban, R; Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, p. 538: “gesticulación semiautomática que se presenta en algunas esquizofrenias como manifestación simbólica más o menos intencionada de actitudes, emociones y reacciones latentes, ejecutando el paciente movimientos faltos de espontaneidad, de carácter teatral y artificioso, que complican los actos corrientes de la vida cotidiana: marcha con contorsiones, gesticulación ampulosa o bizarra, escritura sobrecargada de inútiles rasgos ornamentales, etc. [...] En general alude al estilo exagerado e innatural de conductas complejas que involucran a la mímica, a los movimientos corporales y al habla”.

³⁴ *Ídem*, p. 512: “la conciencia de no poder desear actuar, es la esencia [...]. El sujeto abúlico no duda, sabe lo que debería hacer, pero parece haber perdido su capacidad de iniciativa, e imaginarse emprendiendo la ejecución de cualquier acto, por banal que sea, parece costarle un esfuerzo desmesurado o imposible”.

³⁵ O.M.S: CIE-10. *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Guía de Bolsillo. Organización Mundial de la Salud (1994), p. 73.

³⁶ *Ídem*, p. 74: “Obediencia automática: cumplimiento automático de las instrucciones”.

³⁷ Álvarez, J. M.^a; Esteban, R; Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, p. 463: “Por lo general se habla de *onirismo* cuando se quiere describir un modo de actividad mental automática dominada por la presencia de visiones y escenas animadas similares a las que se experimentan en los sueños”.

³⁸ O.M.S: CIE-10. *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Guía de Bolsillo. Organización Mundial de la Salud (1994), p. 73-74.

³⁹ *Ídem*, p. 74.

⁴⁰ *Ídem*, p. 75.

6. *Esquizofrenia simple*. Es un trastorno en el que hay un desarrollo insidioso, pero progresivo, de rarezas en la conducta, incapacidad para cumplir las demandas sociales y deterioro del rendimiento en general. Las manifestaciones negativas características de la esquizofrenia residual (por ejemplo, embotamiento afectivo y pérdida de iniciativa) se desarrollan sin estar precedidos de ningún síntoma psicótico manifiesto. Los criterios diagnósticos que establece la CIE-10 son los siguientes: 1) Desarrollo lento, pero progresivo, durante un período de al menos un año de los tres siguientes: un cambio significativo y consistente en la calidad global de algunos aspectos de la conducta personal, puesto de manifiesto por pérdida de iniciativa e intereses, falta de propósito, vacuidad, una actitud de retraimiento sobre sí mismo y aislamiento social; aparición gradual y progresiva de síntomas negativos tales como apatía marcada, pobreza de discurso, hipoactividad, embotamiento afectivo, pasividad y pérdida de iniciativa, y comunicación no verbal pobre; disminución marcada del rendimiento académico, social u ocupacional, 2) en ningún momento se presentan los síntomas referidos en el criterio G1 para la esquizofrenia y 3) no hay pruebas de demencia ni de otro tipo de trastorno mental orgánico⁴¹.
7. *Otra esquizofrenia*.
8. *Esquizofrenia sin especificación*.

Además de la esquizofrenia y sus diferentes tipos clínicos, la CIE-10 encuadra dentro de la categoría “Esquizofrenia, trastorno esquizotípico y trastornos de ideas delirantes” otros trastornos que pueden desembocar en la esquizofrenia (trastorno esquizotípico) o que presentan claramente síntomas de la misma pero cuya característica es la brevedad del cuadro, junto con el grupo de trastornos esquizoafectivos.

- a) *Trastorno esquizotípico*: Trastorno caracterizado por un comportamiento excéntrico y anomalías en el pensamiento y la afectividad que se parecen a las vistas en la esquizofrenia, aunque no se producen en ningún momento las anomalías esquizofrénicas características y definitorias. Los síntomas pueden incluir afectividad fría o inapropiada; anhedonia⁴²; comportamiento raro o excéntrico; tendencia al

⁴¹ *Ídem*, p. 76.

⁴² Álvarez, J. M.^a; Esteban, R; Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, p. 563: “Anhedonia señalaba la pérdida de capacidad para experimentar placer. Esa pérdida de la capacidad de disfrutar, y el alejamiento de las actividades habituales y placenteras – desde las relaciones sexuales, las aficiones más acendradas o la comida, hasta los entretenimientos más simples – son hoy uno de los criterios diagnósticos más

retramiento social; ideas paranoides o extrañas que no llegan a ser delirantes; rumiaciones obsesivas; trastorno del pensamiento y alteraciones de la percepción; episodios ocasionales y transitorios casi psicóticos con ilusiones⁴³ intensas, alucinaciones auditivas o de otro tipo, e ideas similares a las delirantes, que normalmente se producen sin provocación externa. No hay un comienzo definido y la evolución y el curso, por lo general, son la de un trastorno de personalidad⁴⁴.

- b) *Trastorno psicótico agudo polimorfo con síntomas de esquizofrenia*: Trastorno psicótico agudo en el que el cuadro clínico es polimorfo e inestable, tal como se describe en F23.0⁴⁵; sin embargo, a pesar de la inestabilidad, algunos síntomas típicos de la esquizofrenia son también evidentes durante la mayor parte del tiempo. Si los síntomas esquizofrénicos persisten debe cambiarse el diagnóstico a esquizofrenia⁴⁶.
- c) *Trastorno psicótico agudo de tipo esquizofrénico*: Trastorno psicótico agudo en el que los síntomas psicóticos son comparativamente estables y justifican un diagnóstico de esquizofrenia, pero su duración ha sido inferior a un mes; están ausentes los rasgos polimorfos e inestables. Si los síntomas esquizofrénicos persisten debe cambiarse el diagnóstico a esquizofrenia⁴⁷.
- d) *Trastornos esquizoafectivos*: Trastornos episódicos en los cuales son prominentes ambos tipos de síntomas, afectivos y esquizofrénicos, pero no justifican el diagnóstico de esquizofrenia o de episodio depresivo o maníaco. Los síntomas psicóticos no congruentes con el estado de ánimo en los trastornos del humor (afectivos), por sí solos, no justifican el diagnóstico de trastorno esquizoafectivo⁴⁸.

La diferencia del DSM-5 respecto a la CIE-10, por lo que se refiere a la esquizofrenia, se hace notar desde el primer momento. El DSM-5 denomina al grupo categorial en el que está incluida la esquizofrenia como “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”.

importantes en los trastornos depresivos, pero con distintas cualidades e intensidad pueden estar presentes en cualquier tipo de estado psicopatológico, frecuentemente en las psicosis”.

⁴³ *Ídem*, p. 445: “En la *ilusión* el producto perceptivo es la imagen deformada de un objeto real y presente al que se identifica como otro distinto, pero el individuo es capaz de rectificar una vez toma conciencia de la falsedad de su percepción”.

⁴⁴ O.M.S: *CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Guía de Bolsillo. Organización Mundial de la Salud (1994), p. 77.

⁴⁵ *Ídem*, p. 81: “F23.0: trastorno psicótico agudo en el que las alucinaciones, las ideas delirantes o las alteraciones de la percepción son evidentes, pero marcadamente variables y cambian de un día para otro o incluso de una hora a otra. Con frecuencia, también hay alteración emocional, con sentimientos intensos y transitorios de felicidad o éxtasis, o ansiedad e irritabilidad”.

⁴⁶ *Ídem*, p. 82.

⁴⁷ *Ídem*, p. 83.

⁴⁸ *Ídem*, p. 85.

Por tanto, se observa la importancia del enfoque dimensional que la clasificación norteamericana introduce como novedad.

La nominación de “espectro de la esquizofrenia” hace pensar en un continuum que iría desde la menor gravedad funcional y orgánica para el sujeto (trastorno esquizotípico, trastornos delirantes, trastorno psicótico breve, trastorno esquizofreniforme) hasta los trastornos que acarrearían un deterioro muy marcado (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastorno psicótico inducido por sustancias medicamentosas, trastorno psicótico debido a otra afección médica y catatonía). Este es precisamente el orden de organización de los trastornos que sigue la clasificación DSM-5 en el grupo categorial “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos”⁴⁹.

Para el DSM-5 hay cinco características clave que definen a todos los trastornos que se incluyen en el grupo “Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos” que pasamos a definir brevemente.

1. *Delirios*: El DSM-5 los define como creencias fijas que no son susceptibles de cambio a la luz de las pruebas en su contra y, aunque considera que pueden incluir varios temas, los organiza en seis categorías en base a su contenido: *a) delirios persecutorios* (creencia de que uno va a ser perjudicado, acosado, etc., por un individuo, organización o grupo; son los más comunes), *b) delirios referenciales* (creencia de que ciertos gestos, comentarios, señales del medio ambiente, etc., se dirigen a uno; también son comunes); *c) delirios de grandeza* (cuando el sujeto cree que tiene habilidades, riqueza o fama excepcionales); *d) delirios erotomaniacos* (cuando el individuo cree erróneamente que otra persona está enamorada de él o ella); *e) delirios nihilistas* (suponen la convicción de que sucederá una gran catástrofe); *f) delirios somáticos* (se centran en preocupaciones referentes a la salud y al funcionamiento de los órganos). Los delirios se consideran *extravagantes* si son claramente inverosímiles, incomprensibles y no proceden de experiencias de la vida corriente.⁵⁰
2. *Alucinaciones*. Percepciones que tienen lugar sin la presencia de un estímulo externo. Son vívidas y claras, con toda la fuerza y el impacto de las percepciones normales, y no están sujetos al control voluntario. Pueden darse en cualquier modalidad sensorial, pero las alucinaciones auditivas son las más comunes en la esquizofrenia; se experimentan en forma de voces, conocidas o desconocidas, que se perciben como

⁴⁹ Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5ª Ed. (2014), p. 87-122.

⁵⁰ *Ídem*, p. 87.

- diferentes del propio pensamiento. Las alucinaciones deben tener lugar en el contexto de un adecuado nivel de conciencia⁵¹.
3. *Pensamiento (discurso) desorganizado*. El pensamiento desorganizado (trastorno formal del pensamiento) habitualmente se infiere a partir del discurso del individuo. El sujeto puede cambiar de un tema a otro (descarrilamiento o asociaciones laxas). Sus respuestas a las preguntas pueden estar indirectamente relacionadas o no estarlo en absoluto (tangencialidad). En raras ocasiones, el discurso puede estar tan desorganizado que es prácticamente incomprensible (incoherencia o “ensalada de palabras”). El síntoma debe ser lo suficientemente grave para dificultar la comunicación de manera sustancial⁵².
 4. *Comportamiento motor muy desorganizado o anómalo (incluida la catatonía)*. Se puede manifestar de diferentes maneras, desde las “tonterías” infantiloides a la agitación impredecibles. Pueden evidenciarse problemas para llevar a cabo cualquier tipo de comportamiento dirigido a un objetivo, con las consiguientes dificultades para realizar las actividades cotidianas. El *comportamiento catatónico* es una disminución marcada de la reactividad al entorno. Oscila entre la resistencia a llevar a cabo instrucciones (negativismo), la adopción mantenida de una postura rígida, inapropiada o extravagante, y la ausencia total de respuestas verbales o motoras (mutismo y estupor). También puede incluir actividad motora sin finalidad, y excesiva sin causa aparente (excitación catatónica)⁵³.
 5. *Síntomas negativos*. Son responsables de una proporción importante de la morbilidad asociada a la esquizofrenia, siendo menos prominentes en otros trastornos psicóticos. Dos de los más prominentes en la esquizofrenia son la expresión emotiva disminuida (disminución de la expresión de las emociones mediante la cara, el contacto ocular, la entonación del habla y los movimientos de las manos, la cabeza y la cara que habitualmente dan un énfasis emotivo al discurso) y la abulia (disminución de las actividades, realizadas por iniciativa propia y motivadas por un propósito). Otros síntomas negativos son la alogia (reducción del habla), la anhedonia (disminución de la capacidad para experimentar placer a partir de estímulos positivos o la degradación del recuerdo del placer experimentado previamente) y la asocialidad (aparente falta de interés por las interacciones sociales)⁵⁴.

⁵¹ *Ibidem*.

⁵² *Ídem*, p. 88.

⁵³ *Ibidem*.

⁵⁴ *Ibidem*.

Pasamos a indicar los criterios diagnósticos que para la esquizofrenia establece el DSM-5⁵⁵:

- A. Dos (o más) de los síntomas siguientes, cada uno de ellos presente durante una parte significativa de tiempo durante un periodo de un mes (o menos si se trató con éxito). Al menos uno de ellos ha de ser (1), (2) o (3): 1) delirios, 2) alucinaciones, 3) discurso desorganizado, 4) comportamiento muy desorganizado o catatónico y 5) síntomas negativos.
- B. Durante una parte significativa del tiempo desde el inicio del trastorno, el nivel de funcionamiento en uno o más ámbitos principales, como el trabajo, las relaciones interpersonales o el cuidado personal, está muy por debajo del nivel alcanzado antes del inicio (o cuando comienza en la infancia o la adolescencia, fracasa la consecución del nivel esperado de funcionamiento interpersonal, académico o laboral).
- C. Los signos continuos del trastorno persisten durante un mínimo de seis meses. Este periodo de seis meses ha de incluir al menos un mes de síntomas (o menos si se trató con éxito) que cumplan el Criterio A (es decir, síntomas de fase activa) y puede incluir periodos de síntomas prodrómicos o residuales. Durante estos periodos prodrómicos o residuales, los signos del trastorno se pueden manifestar únicamente por síntomas negativos o por dos o más síntomas enumerados en el Criterio A presentes de forma atenuada.
- D. Se han descartado el trastorno esquizoafectivo y el trastorno depresivo bipolar con características psicóticas porque 1) no se han producido episodios maníacos o depresivos mayores de forma concurrente con los síntomas de fase activa, o 2) si se han producido episodios del estado de ánimo durante los síntomas de fase activa, han estado presentes sólo durante una mínima parte de la duración total de los periodos activo y residual de la enfermedad.
- E. El trastorno no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o a otra afección médica.
- F. Si existen antecedentes de un trastorno del espectro autista o de un trastorno de la comunicación de inicio en la infancia, el diagnóstico adicional de esquizofrenia sólo se hace si los delirios o alucinaciones notables, además de los otros síntomas

⁵⁵ *Ídem*, p. 99.

requeridos para la esquizofrenia, también están presentes durante un mínimo de un mes (o menos si se trató con éxito).

Por lo que se refiere a la evolución del curso del trastorno, que el DSM-5 establece a partir de un año de duración del trastorno, especifica ocho subtipos⁵⁶: 1) Primer episodio, actualmente en episodio agudo (la primera manifestación del trastorno cumple los criterios definidos de síntoma diagnóstico y tiempo; un episodio agudo es el periodo en que se cumplen los criterios sintomáticos); 2) Primer episodio, actualmente en remisión parcial (remisión parcial es el periodo durante el cual se mantiene una mejoría después de un episodio anterior y en el que los criterios que definen el trastorno sólo se cumplen parcialmente); 3) Primer episodio, actualmente en remisión total (remisión total es el periodo después de un episodio anterior durante el cual los síntomas específicos del trastorno no están presentes); 4) Episodios múltiples, actualmente en episodio agudo (los episodios múltiples se pueden determinar después de un mínimo de dos episodios, es decir, después de un primer episodio, una remisión y un mínimo de una recidiva); 5) Episodios múltiples, actualmente en remisión parcial; 6) Episodios múltiples, actualmente en remisión total; 7) Continuo (los síntomas que cumplen los criterios de diagnóstico del trastorno están presentes durante la mayor parte del curso de la enfermedad, y los periodos sintomáticos por debajo del umbral son muy breves en comparación con el curso global) y 8) No especificado.

Además, el DSM-5 establece especificar si la esquizofrenia aparece con catatonia y también especificar la gravedad actual⁵⁷.

Como hemos comentado, en el DSM-5 la esquizofrenia se sitúa en el polo del continuum de mayor gravedad de su grupo categorial. Está precedida (en orden de menor a mayor gravedad) por:

1. *Trastorno esquizotípico (de la personalidad)*. Para el DSM-5 este diagnóstico se encuadra dentro del grupo categorial “Trastornos de la personalidad”, pero lo menciona aquí por considerarlo parte del espectro de la esquizofrenia. Sus criterios diagnósticos son muy similares a los que establece la CIE-10.^{58, 59}

⁵⁶ *Ídem*, p. 99-100.

⁵⁷ *Ídem*, p. 100.

⁵⁸ *Ídem*, p. 90.

⁵⁹ Curiosamente, la CIE-10 también considera al trastorno esquizotípico como “uno de los trastornos del espectro esquizofrénico”, lo cual insinúa la concepción dimensional que se aportará en la CIE-11. O.M.S: *CIE-10. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Guía de Bolsillo. Organización Mundial de la Salud (1994), p. 78.

2. *Trastorno delirante*. Su diferencia con la esquizofrenia es idéntica a la ya comentada para la clasificación CIE-10⁶⁰.
3. *Trastorno psicótico breve*. Posee sintomatología propia de la esquizofrenia, pero su duración es al menos de un día pero menos de un mes, con retorno final total al grado de funcionamiento previo a la enfermedad⁶¹.
4. *Trastorno esquizofreniforme*. Mismos criterios diagnósticos que para el anterior, sólo que aquí la duración es de mínimo un mes, pero menos de seis meses⁶².

Después de esta visión general podemos tener claro el lugar que ocupa la esquizofrenia en las clasificaciones psiquiátricas internacionales actuales.

Las diferencias para la esquizofrenia estriban en la organización según el enfoque (categórico o dimensional) propuesto en cada clasificación y en la anulación de los tipos clínicos en el DSM-5 debido precisamente a su posicionamiento dimensional y a su estabilidad diagnóstica limitada, su baja fiabilidad y su escasa validez⁶³, a diferencia de la CIE-10.

Sin embargo, en ambas clasificaciones la esquizofrenia ocupa el papel protagonista del grupo categorial al que es asignada y en ambas los criterios diagnósticos son muy similares; incluso tienen gran similitud los diferentes trastornos derivados de ella. Precisamente, debido a la similitud manifiesta en estas cuestiones entre las dos clasificaciones más importantes, merece la pena aunque sólo sea reseñar el origen común de los criterios diagnósticos para la esquizofrenia, los cuales se han acabado convirtiendo en un trastorno mental con entidad propia para la psiquiatría actual y han derivado otros trastornos dentro de los grupos categoriales en los que las clasificaciones asignan a la esquizofrenia.

El origen de los criterios diagnósticos para la esquizofrenia que manejan las clasificaciones internacionales tiene su procedencia en las investigaciones que el psiquiatra alemán Kurt Schneider realizó sobre esta entidad diagnóstica a mediados del siglo XX, especialmente en su libro *Patopsicología clínica*⁶⁴. En este ensayo Schneider diferenciaba síntomas de primer orden y síntomas de segundo orden para la esquizofrenia.

Esta distinción realizada por Schneider obedecía a la existencia de ciertos síntomas que él consideraba de gran valor para poder establecer el diagnóstico de esquizofrenia frente a lo

⁶⁰ Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5ª Ed. (2014), p. 90.

⁶¹ *Ídem*, p. 94.

⁶² *Ídem*, p. 96.

⁶³ *Ídem*, p. 810.

⁶⁴ Schneider, K (1975). *Patopsicología clínica*.

psíquicamente anormal y lo no psicótico (los síntomas de primer orden)⁶⁵. Afirmaba que no se encontraba una estructura común a estos síntomas de primer orden puesto que podían surgir en estados psicóticos producidos por una enfermedad básica (orgánica)⁶⁶. El establecimiento de los síntomas de segundo orden para Schneider venía dado por los modos de vivencia restantes que surgían en la esquizofrenia pero que eran de mucha menor importancia para el diagnóstico⁶⁷.

Dentro de los síntomas de primer orden Schneider enumeraba la sonorización del pensamiento (eco del pensamiento), oír voces que dialogan entre sí, oír voces que acompañan con comentarios los propios actos, vivencias de influencia corporal, robo del pensamiento y otras influenciaciones del pensamiento, divulgación del pensamiento, percepción delirante, así como todo lo vivido como hecho e influenciado por otros en el sector del sentir, de las tendencias y de la voluntad⁶⁸.

Como síntomas de segundo orden Schneider establecía los restantes errores sensoriales (como las ilusiones, la hiperestesia o percepción acentuada, la hipoestesia o percepción embotada o las traslaciones o distorsiones en las cualidades de las sensaciones), la ocurrencia delirante⁶⁹, la perplejidad, las distimias depresivas y alegres, la vivencia de empobrecimiento afectivo y algunos otros⁷⁰.

Para Schneider no era absolutamente preciso que para establecer el diagnóstico de esquizofrenia debieran hallarse presentes los síntomas de primer orden, pues estos no siempre eran visibles, sino que con frecuencia se fundamentaba el diagnóstico de esquizofrenia sobre los síntomas de segundo orden⁷¹.

Es importante señalar que el propio Schneider comentaba que tal distinción entre síntomas de primer y segundo orden se refería exclusivamente a facilitar y asegurar el diagnóstico de esquizofrenia, pero que no se afirmaba nada respecto a la teoría de la esquizofrenia (a su causalidad o prognosis)⁷². Nos parece importante remarcarlo puesto que

⁶⁵ *Ídem*, p. 182.

⁶⁶ *Ídem*, p. 183.

⁶⁷ *Ibidem*.

⁶⁸ *Ibidem*.

⁶⁹ Álvarez, J. M.ª; Esteban, R; Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, p. 429: “El fenómeno se produce en el ámbito del pensamiento, emanado del propio pensamiento del sujeto, quien experimenta una intensa convicción en la veracidad de lo que se le ha ocurrido, por absurdo que aparezca ante un tercero [...]. Según la consideración de Kurt Schneider, las ocurrencias o intuiciones delirantes [...] son ideas delirantes súbitas, difíciles de determinar y en absoluto patognomónicas de la esquizofrenia”.

⁷⁰ Schneider, K (1975). *Patopsicología clínica*, p. 184.

⁷¹ *Ibidem*.

⁷² *Ídem*, p. 182.

concuerta con el espíritu ateoórico y, en teoría, meramente descriptivo con el que nacieron las clasificaciones psiquiátricas actuales.

Observamos entonces que los síntomas de primer y segundo orden de Schneider forman los criterios diagnósticos que las clasificaciones internacionales establecen para el diagnóstico de esquizofrenia. Eso sí, modificados, ampliados y organizados de forma distinta.

Queremos finalizar este punto haciendo hincapié en algo fundamental para nosotros ya que forma el núcleo de nuestra investigación.

Las clasificaciones psiquiátricas internacionales ponen la alteración del cuerpo del sujeto en primer plano a la hora de diagnosticar esquizofrenia. Ya sea por ideas delirantes que toman como referencia al cuerpo, ya sea por la presencia de alucinaciones que toman como base el cuerpo, ya sea por la presencia de la catatonía, la cual afecta directamente al cuerpo, ya sea por la existencia de síntomas negativos que aplanan el cuerpo del sujeto hasta llegar a un estado de indiferenciación considerable, ya sea porque la patología puede producir un deterioro corporal tan profundo que el sujeto llega a abandonar los cuidados básicos necesarios para su propia supervivencia biológica

De esta profunda afectación corporal las clasificaciones internacionales justifican la marcada gravedad que los cuadros esquizofrénicos pueden llegar a alcanzar. Sin embargo, la explicación de por qué el cuerpo se ve tan afectado, de por qué el cuerpo en los estados esquizofrénicos alcanza cotas tan elevadas de sufrimiento, permanece en la sombra. Sólo se insinúa una oscura alteración biológica hasta ahora no demostrada.

2. 2: La esquizofrenia en la psicopatología clásica

En este punto de nuestra investigación realizaremos una breve incursión histórica en la psicopatología clásica para conocer cómo se gestó el concepto de esquizofrenia en un nivel completamente distinto del establecido en las clasificaciones psiquiátricas internacionales de la actualidad. Analizaremos cómo la utilización de un método descriptivo proporcionó una semiología rica y profunda de la sintomatología psicótica y de qué forma, gracias a esa semiología, se produjo la entidad diagnóstica denominada esquizofrenia entre finales del siglo XIX y principios del siglo XX. Para ello tomaremos los desarrollos elaborados en dos ensayos de obligada lectura, *La invención de las enfermedades mentales*¹, cuyo autor es el doctor José María Álvarez y *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*², cuya autoría es compartida por el doctor José María Álvarez, el psiquiatra Ramón Esteban y el catedrático de psicopatología François Sauvagnat.

Los desarrollos de la esquizofrenia dentro de la psicopatología clásica fueron favorecidos por una gran cantidad de autores adscritos a las dos principales escuelas psicopatológicas de la época, la escuela alemana y la escuela francesa, así como autores de las escuelas adscritas a diferentes países. Nosotros tomaremos sólo a tres de ellos por considerarlos los más representativos: Emil Kraepelin, que plantó la semilla para el desarrollo de la esquizofrenia; Eugen Bleuler, que acuñó el término “esquizofrenia” y trató de relacionarla con los desarrollos psicoanalíticos inaugurados por Sigmund Freud; y por último Gaëtan Gatian de Clérambault debido a la decisiva influencia que ejerció sobre el psiquiatra Jacques Lacan y su concepción de la psicosis. También dedicaremos un breve apartado a las respuestas que la escuela francesa realizó a Kraepelin y a Bleuler.

2. 2. 1: La *dementia praecox* de Kraepelin

Emil Kraepelin (1856-1926) fue uno de los psiquiatras más influyentes de su época. Su capacidad descriptiva de los cuadros clínicos más importantes es particularmente rica y su pasión por la taxonomía ha calado hondo en los psiquiatras de nuestra anterior generación. No es casual que los profesionales de la psiquiatría que desarrollaron el DSM-III se definieran a sí mismos como neo-kraepelinianos.

¹ Álvarez, J. M.^a (2008). *La invención de las enfermedades mentales*.

² Álvarez, J. M.^a; Esteban, R; Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*.

Las piedras angulares del edificio nosográfico de Kraepelin fueron la psicosis maníaco-depresiva y la demencia precoz. La primera ha quedado terriblemente desdibujada en lo que en la actualidad se conoce como trastorno bipolar, mientras que la segunda ha formado el corazón de la psiquiatría del siglo XX, ya que es el antecedente inmediato de lo que se conoce como esquizofrenia.

Antes de examinar las características de la demencia precoz que funcionaron como precursoras de la esquizofrenia es necesario contextualizar la intención explícita de Emil Kraepelin.

La obra fundamental de Kraepelin es su *Libro de texto de psiquiatría*, el cual contó con ocho ediciones que fueron variando y añadiendo matices o nuevas organizaciones de la patología mental tal y como fue concebida por Kraepelin. Las ediciones que más nos interesan por su relevancia con el objeto de nuestra investigación son la quinta, la sexta y la octava.

El objetivo fundamental que tenía Kraepelin en mente con su obra era la reducción de forma drástica y decisiva de la paranoia, la cual desde el nacimiento de la psiquiatría y a lo largo del siglo XIX había ido extendiendo su campo de acción hasta abarcar con su denominación o descripción la casi totalidad de los cuadros clínicos asociados a la locura. Como plantea el doctor Álvarez con una fina nominación, se produjo una “hipertrofia de la paranoia”³.

Amén de esta intención, Kraepelin tenía otra más en la cabeza al elaborar su obra, la de establecer las “enfermedades mentales” como naturales y, por tanto, como existentes con entidad biológica propia⁴.

La orientación kraepeliniana en la locura se caracterizaba fundamentalmente por situar las manifestaciones terminales de los cuadros clínicos como criterio definitivo y esencial⁵. Kraepelin trató de afianzar una correlación entre la anatomía patológica, la sintomatología, el curso y la terminación de las enfermedades, y un hipotético conocimiento de sus causas⁶.

Lo que les había ocurrido a otros psiquiatras anteriores (como Falret) en relación con la etiología también le ocurrió a Kraepelin. Es decir, esta era desconocida⁷. Por ello desplazó

³ Álvarez, J. M.^a (2008). *La invención de las enfermedades mentales*, p. 133: “Al observar las manifestaciones de la locura, los clínicos acentuaban esencialmente los desvaríos de la razón, las rarezas del pensamiento, la terquedad y la irracionalidad de los procesos de ideación; todas estas alteraciones eran nombradas mediante alguno de los términos del polo paranoico, al que se llegó a asimilar prácticamente con cualquier alteración de la razón. Fue así como el campo clínico de la paranoia se hipertrofió hasta un extremo tal que “lo que la paranoia ganaba en amplitud, lo perdía en precisión”, situación análoga a la protagonizada por la esquizofrenia unas décadas después”.

⁴ *Ídem*, p. 237: “La cosa no tendría mayor interés si no fuera por la intención que lo promovió y las consecuencias que acarreó: fundar y delimitar “enfermedades mentales” supuestamente naturales”.

⁵ *Ídem*, p. 244.

⁶ *Ídem*, p. 245.

⁷ *Ibidem*.

su interés hacia la evolución de los trastornos y, de manera especial, hacia los estados finales del proceso⁸.

Para el doctor Álvarez y sus colegas es justo ahí donde radican algunos de sus mayores inconvenientes. Según esta metodología, habría que conocer al detalle la evolución completa y la forma de definitiva de terminación para corroborar el diagnóstico⁹. Así concebido, el diagnóstico no aportaba nada al pronóstico¹⁰ y esta nosología podría volverse inoperante si no se procuraban claves sobre las formas de inicio y los fenómenos elementales patognomónicos, aspectos que Kraepelin suplió al dar prioridad a la predisposición psicopática en la eclosión de la demencia precoz¹¹. Por otra parte, al dar prioridad absoluta al debilitamiento de las funciones mentales, el pesimismo terapéutico se volvía descorazonador.^{12, 13} Estas consecuencias del enfoque y la metodología de Kraepelin conllevaban una visión aciaga de la locura, casi siempre incurable y muchas veces peligrosa¹⁴.

El núcleo operativo de Kraepelin ya descrito, donde se abandona la concepción sintomática y se desplaza el interés de los signos externos de la enfermedad a la evolución de los diversos trastornos, cristalizaría en la quinta edición de su libro *Psiquiatría. Un libro de texto para estudiantes y médicos*¹⁵ de 1896.

Bajo el epígrafe de “procesos de deterioro o debilitamiento”, Kraepelin reunió un conjunto heterogéneo de cuadros clínicos compuesto por la demencia precoz, la catatonía y la demencia paranoide¹⁶. Aquí Kraepelin definió la demencia precoz como “el desarrollo más o menos intenso, de estados de debilitamiento mental en los que se presentan de forma aguda o subaguda perturbaciones mentales”¹⁷. Por su parte, la catatonía se inspiraba directamente en Kahlbaum¹⁸ y la demencia paranoide reunía la mayoría de los delirios adscritos anteriormente a la paranoia¹⁹, era el intento por parte de Kraepelin de restringir el ámbito de la paranoia.

El término de “demencia precoz” había sido creado por Morel, aunque nunca lo dotó de un desarrollo teórico²⁰. La característica fundamental de este término residía en que destacaba

⁸ *Ibidem*.

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ *Ídem*, p. 245-246.

¹² *Ídem*, p. 246.

¹³ Álvarez, J. M.^a; Esteban, R; Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, p. 82-83.

¹⁴ Álvarez, J. M.^a (2008). *La invención de las enfermedades mentales*, p. 247.

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ *Ibidem*.

¹⁸ *Ibidem*.

¹⁹ *Ídem*, p. 248.

²⁰ *Ibidem*.

los aspectos más deficitarios del cuadro clínico, elevándolos al rango de productos esenciales de la enfermedad²¹. Además, el término “demencia” aportaba dos acepciones que a partir de ese momento serían inseparables: la demencia nombraba a la vez el debilitamiento intelectual y cualquier estado mental que impidiese el libre albedrío²², por lo que el efecto de responsabilidad subjetiva se diluía con este término a la vez que se encumbraba el determinismo de la propia enfermedad²³.

Por lo que se refiere a la demencia precoz, la influencia más notable en Kraepelin es el cuadro clínico descrito por Hecker y denominado por este como “hebefrenia”²⁴, mientras que el otro polo de la demencia precoz estaba constituido por la catatonía de Kahlbaum²⁵.

Hecker designó como hebefrenia una alteración mental que evolucionaba con rapidez hacia un severo deterioro²⁶. Se trataba de jóvenes (entre los 18 y los 22 años) que enloquecían de una manera brusca y en poco tiempo caían en una estupidez extraordinaria, un impresionante embrutecimiento y desorganización de las funciones psíquicas²⁷. La enfermedad se iniciaba tras una alteración afectiva profunda con claros síntomas de melancolía. Después de forma progresiva, surgían ideas delirantes, por lo general muy efímeras y cambiantes, las cuales contrastaban con las representaciones delirantes “fijas”²⁸. En los hebefrénicos se apreciaban con mucha nitidez los trastornos formales del lenguaje²⁹, a los cuales décadas después Lacan conferiría una importancia fundamental en la estructura psicótica.

Si en la quinta edición de su *Libro de texto de psiquiatría* Kraepelin distinguía entre demencia precoz, catatonía y demencia paranoide, en su sexta edición de 1899 el psiquiatra alemán unió estas tres categorías clínicas en una sola enfermedad: la demencia precoz³⁰.

²¹ *Ibidem*.

²² *Ídem*, p. 249.

²³ *Ibidem*.

²⁴ *Ibidem*: “Fuera de toda duda está la decisiva influencia causada por la descripción que, en 1871, Ewald Hecker realizara de la hebefrenia”.

²⁵ *Ídem*, p. 251: “[Kahlbaum] la definió como una enfermedad del cerebro, de curso cíclico y variable, en cuyo transcurso se sucede una sintomatología psíquica que adquiere paulatinamente los siguientes aspectos: melancolía, manía, estupor, confusión y demencia [...]. Además de las mencionadas manifestaciones psíquicas se presentan con seguridad síntomas del sistema nervioso motor que tienen el carácter general del calambre y la tensión [...]. Kahlbaum puso de relieve algunos “pequeños signos” que irrumpen en los primeros estadios de la afección, lo que permitía establecer un diagnóstico precoz: comportamiento afectado, lenguaje salpicado de declaraciones prolijas acompañado de gesticulaciones histriónicas, verbigeración y mutismos parciales. Todos estos signos muestran la tendencia al negativismo, a las ideas místicas y los trastornos psicomotores que oscilan entre la agitación y la rigidez”.

²⁶ *Ídem*, p. 250.

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ *Ídem*, p. 249-250.

²⁹ *Ídem*, p. 250.

³⁰ *Ídem*, p. 251-252.

Esta nueva categoría nosográfica, además de basarse en el presupuesto deficitario implícito en la noción de la enfermedad, ampliaba los “procesos de deterioro o debilitamiento”, descritos en la edición anterior, al añadir también las formas alucinatorias o fantásticas de la paranoia³¹.

La nueva definición que proporcionaba Kraepelin en la sexta edición de su obra era: “bajo el término de demencia precoz nos permitimos reunir, actualmente, un conjunto de cuadros clínicos que tienen la particularidad común de conducir a estados de deterioro psíquico característicos. Puede parecer que tal resultado no sea sistemático, pero su frecuencia es tan grande que estamos obligados, por el momento, a mantenernos en esta definición”³². Kraepelin se esforzó en describir en todos sus detalles la sintomatología más visible del cuadro clínico, intentando establecer las correlaciones más frecuentes y las posibles variaciones evolutivas³³.

Para Kraepelin las manifestaciones patológicas más habituales de la demencia precoz consistían en: trastornos de la atención, debilitamiento profundo del juicio, confusión de las ideas, ensaladas de palabras, alucinaciones, ideas delirantes; pero, sobre todo, trastornos de la esfera afectiva y volitiva³⁴.

La organización jerárquica que Kraepelin propuso para la demencia precoz se sustentaba en un síndrome nuclear y en unos síntomas accesorios³⁵. El síndrome nuclear estaba constituido por los elementos propiamente deficitarios: deterioro afectivo o torpeza psíquica, pérdida completa de la vivacidad intelectual y del interés, indiferencia, ausencia de iniciativa voluntaria, apatía, desorganización del pensamiento y de la psicomotricidad, falta de encadenamiento lógico de las ideas o disgregación psíquica y, en los casos más graves, uso aberrante del lenguaje³⁶. La configuración y especificidad de las formas clínicas estaban determinadas por los síntomas accesorios: ideas delirantes, alucinaciones, síndrome catatónico, etc³⁷. No obstante, los signos capitales de la afección derivaban en su conjunto del debilitamiento o deterioro psíquico³⁸.

Debido a que la reunión de los tres tipos clínicos (hebefrenia, catatonía y demencia paranoide) en una única entidad denominada demencia precoz parecía un tanto forzada (lo

³¹ *Ídem*, p. 252.

³² *Ibidem*.

³³ *Ibidem*.

³⁴ *Ídem*, p. 252-253.

³⁵ *Ídem*, p. 253.

³⁶ *Ibidem*.

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ *Ibidem*.

que podría contradecir el principal argumento para considerarla una única enfermedad)³⁹, Kraepelin justificaba esta reunión en base a dos supuestos: la observación de las frecuentes transiciones que se producían entre los tres tipos clínicos mencionados y en la pronta e inexorable evolución hacia un marcado debilitamiento mental, el cual culminaba en la mayoría de los casos en un verdadero deterioro⁴⁰.

Kraepelin describía tres tipos clínicos de la demencia precoz basados en los síntomas accesorios, los cuales a su vez se cimentaban sobre el debilitamiento mental y el deterioro psíquico nucleares: formas hebefrénicas de la demencia precoz, formas catatónicas y formas paranoides.

Las formas hebefrénicas se caracterizaban por el rápido deterioro psíquico, al que se llegaba tras una fase melancólica – aunque en ocasiones se advertían estados de excitación – en la que se observaban síntomas muy variados⁴¹.

Las formas catatónicas comprendían sin apenas variaciones el síndrome descrito por Kahlbaum: un estado de estupor o excitación que conducía con rapidez a la demencia; se solía acompañar de negativismo, inmovilidad, estereotipia, impulsividad y enorme facilidad para la sugestión⁴².

Las formas paranoides se caracterizaban por el desarrollo, a lo largo de muchos años, de ideas delirantes y alucinaciones sensoriales. Su inicio era a menudo agudo; en su sintomatología se podían apreciar también signos de la serie catatónica.

La conclusión a la que siempre llegaba Kraepelin era que todas las formas clínicas de la demencia precoz evolucionaban ineluctablemente, y en un breve lapso de tiempo, hacia un debilitamiento de las funciones psíquicas, cuya manifestación más conspicua era el profundo desorden del lenguaje⁴³.

Para el doctor Álvarez los puntos frágiles de la elaboración kraepeliniana de la demencia precoz en la sexta edición de su tratado son fundamentalmente cuatro: 1) la reunión en una única enfermedad de formas clínicas en apariencia tan distintas, 2) la etérea separación entre la paranoia y la demencia paranoide, 3) el deterioro de las facultades, esencia de la enfermedad parece no ser tan acusado e irreversible como lo pintaba Kraepelin, 4) el calificativo “precoz” parece lastrar un prejuicio que la observación clínica no siempre corrobora⁴⁴.

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ *Ídem*, p. 254.

⁴¹ *Ídem*, p. 255.

⁴² *Ibidem*.

⁴³ *Ídem*, p. 257.

⁴⁴ *Ídem*, p. 257-258.

La octava edición de la obra de Kraepelin vio la luz en 1913. La obra capital de Bleuler sobre la esquizofrenia había sido publicada dos años antes. La influencia de esta obra y las críticas a las que se vio sometido el concepto de demencia precoz de Kraepelin propiciaron que la octava edición de su *Libro de texto de psiquiatría* sufriera variaciones sustanciales⁴⁵.

En esta edición, bajo el epígrafe de las “demencias-debilitamientos endógenos”, Kraepelin reunió la demencia precoz y las parafrenias⁴⁶. Estas dos entidades patológicas compartían la misma causa y el mismo proceso mórbido, pero diferían en las formas de inicio y en la evolución⁴⁷.

Lo característico de este nuevo grupo es que estaba constituido por estados caracterizados por la disgregación psíquica (falta de encadenamiento lógico de las ideas) y la falta de afectividad⁴⁸. Kraepelin desplazó su consideración clásica del debilitamiento hacia la disgregación psíquica y los trastornos de la afectividad⁴⁹. Las alteraciones fundamentales de la voluntad y la afectividad dominaban el cuadro de la demencia precoz de principio a fin, promoviendo una pronta desintegración de la personalidad o pérdida de la unidad interior⁵⁰. Por lo que respecta a las parafrenias, la armonía interna de la vida psíquica está más conservada, y ni la apatía ni la indiferencia llegan a adquirir una intensidad llamativa hasta los últimos periodos de la enfermedad⁵¹.

En esta octava edición los tipos clínicos de la demencia precoz aumentaron de los tres originales a nueve: 1) demencia simple, 2) hebefrenia o demencia necia, 3) demencia depresiva simple o de estupor, 4) demencia depresiva delirante, 5) grupo de estados que incluyen agitaciones (forma circular de la demencia precoz, formas de demencia agitada y forma periódica), 6) catatonía, 7) demencia paranoide grave, 8) demencia paranoide ligera y 9) esquizoafasia o confusión del lenguaje⁵².

En la clasificación de esta octava edición se observaron tres innovaciones: las formas de demencia próximas a los trastornos maniaco-depresivos (que las clasificaciones actuales llaman “esquizoafectivas”), la forma simple (inspirada en Bleuler) donde sólo se aprecia un debilitamiento intelectual progresivo que no alcanza la demencia profunda y, por último, la

⁴⁵ *Ídem*, p. 262.

⁴⁶ Álvarez, J. M.^a; Esteban, R; Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, p. 84.

⁴⁷ Álvarez, J. M.^a (2008). *La invención de las enfermedades mentales*, p. 262.

⁴⁸ *Ibidem*: “apuntando así, de manera sutil, a los criterios acentuados por Eugen Bleuler”.

⁴⁹ *Ibidem*.

⁵⁰ *Ídem*, p. 262-263.

⁵¹ *Ídem*, p. 263.

⁵² *Ídem*, p. 263-264.

esquizoafasia⁵³. Debido a su relevancia para esta investigación consideramos necesario ampliar en el concepto de esquizoafasia.

La esquizoafasia o “confusión del lenguaje” para Kraepelin era una forma postrera de demencia precoz. Se caracterizaba por una logorrea abstrusa plagada de neologismos, juegos de palabras, soliloquios; todas estas manifestaciones se daban a la par que un humor alegre y un comportamiento sensato y razonable; la falta de concordancia entre el pensamiento y la expresión estaba muy acentuada⁵⁴. Los sujetos esquizoafásicos estaban orientados en el tiempo y en el espacio; sus alucinaciones no les afectaban en los quehaceres de la vida cotidiana, ni tampoco sus ideas delirantes, cuyos motivos más socorridos eran las influencias, las persecuciones y los temas megalomaniacos⁵⁵.

El otro grupo patológico que Kraepelin englobaba dentro de los debilitamientos endógenos era el de las parafrenias. A pesar de su efímera existencia nos parece importante profundizar un poco en ellas debido especialmente a la insistencia que mostró Sigmund Freud por utilizar la denominación de parafrenia en vez de demencia precoz o esquizofrenia al referirse al caso del magistrado Schreber.

Kraepelin se vio obligado a introducir las parafrenias en el espacio intermedio que quedaba entre la paranoia y las formas paranoides de la demencia precoz debido a su perseverancia por tratar de matizar lo más posible la separación entre ambas⁵⁶.

Las parafrenias comprendían un tipo de enfermedades psicóticas que afectaban a un pequeño número de casos y se iniciaban tardíamente (entre los treinta y cuarenta años). En ellas la estructura interna de la vida psíquica estaba bastante menos afectada que en la demencia precoz, a causa del desarrollo mucho más atenuado de los trastornos de los sentimientos y de la voluntad. En esos casos la pérdida de la unidad interior estaba limitada a ciertos desarrollos intelectuales. Las alucinaciones conspicuas y la coloración paranoide del cuadro clínico eran las características comunes a todas las formas. Se producían variaciones del humor, pero hasta los últimos periodos de la enfermedad no se ponían de manifiesto el estupor y la indiferencia, que constituían los primeros síntomas de la demencia precoz. El desarrollo delirante no afectaba a la personalidad en su totalidad. Con excepción de las formas confabulatorias, las alucinaciones desempeñaban un papel preponderante. La síntesis personal se conservaba y se veía menguada sólo en los últimos estadios de la enfermedad⁵⁷.

⁵³ *Ídem*, p. 264.

⁵⁴ *Ibidem*.

⁵⁵ *Ibidem*.

⁵⁶ *Ídem*, p. 266.

⁵⁷ *Ídem*, p. 267.

Kraepelin distinguió cuatro formas clínicas de parafrenia: sistemática, expansiva, confabulatoria y fantástica. Aunque la forma sistemática era el paradigma del grupo y la que incluía mayor número de casos⁵⁸, a nosotros nos interesa especialmente la forma fantástica por su relación con el cuerpo.

La parafrenia fantástica reunía un conjunto de casos en los que predominaba un delirio extravagante, incoherente y cambiante; la persecución y la influencia corporal eran las temáticas más explotadas. Las alucinaciones cenestésicas aportaban un colorido muy particular al cuadro, en especial las ideas y sentimientos de influencia personal (los pacientes sentían y veían a otras personas que se deslizaban en su cuerpo, gentes que se perdían en él, que se metían en su forma). A pesar de estas extravagancias, los pacientes conservaban la sensatez, la lucidez y la racionalidad. El lenguaje estaba plagado de neologismos, de palabras absurdas. La evolución final tendía a la incoherencia y a la invención continua de neologismos. Era la forma parafrénica que más se asemejaba a la demencia precoz paranoide, si es que era posible distinguirlas en algún punto⁵⁹.

2. 2. 2: La esquizofrenia de Bleuler

A Eugen Bleuler (1857-1939) le debe la psiquiatría la acuñación del término “esquizofrenia”, cuyo desarrollo - tal y como lo presentaba Bleuler - poco añadía a la clínica heredada de Kraepelin. Su innovación fundamental consistió en integrar los fenómenos clínicos con una cierta teorización psicológica, producida por los intercambios que en el primer decenio del siglo XX Bleuler y sus discípulos del Burghölzli mantuvieron con Sigmund Freud.

Es importante remarcar cómo la concepción bleuleriana de la esquizofrenia, a pesar de no ser una de las más precisas ni en la captación de los fenómenos ni en la consistencia teórica que la sustentaba⁶⁰, marcó una ruptura con la tónica general de la época precisamente por ser la primera en dejarse sembrar por el psicoanálisis hasta cierto punto. Por otro lado, la concepción de Bleuler de la esquizofrenia acabó siendo la más extendida entre sus colegas y la que más vigencia alcanzaría a lo largo de los años⁶¹.

⁵⁸ *Ibidem*.

⁵⁹ *Ídem*, p. 269-270.

⁶⁰ *Ídem*, p. 285.

⁶¹ *Ibidem*.

Al igual que Kraepelin, Bleuler intentó descubrir y nombrar los síntomas fundamentales que estaban presentes en el grupo de los cuadros de la demencia precoz⁶². Sin embargo, a diferencia del psiquiatra alemán, algunos de los síntomas descritos por Bleuler no resultaban tan fáciles de captar mediante la observación directa⁶³. Esto era debido a la introducción de una perspectiva psicopatológica interpretativa, a causa de la cual los conceptos teóricos acababan determinando, en cierta medida, la observación clínica⁶⁴. Es lo que ocurre con el concepto fundamental en el que se basa la concepción bleuleriana de la esquizofrenia, la “escisión” (*Spaltung*) de las funciones psíquicas.

La “escisión” de las funciones psíquicas sustituyó a los criterios kraepelinianos de demencia y precocidad, pero añadía una dificultad, ya que no se captaba con claridad cuándo “escisión” se refería al síntoma primario (trastornos de las asociaciones) o cuándo se refería al propio proceso que lo producía⁶⁵.

En 1911 Bleuler publicó su obra capital, *Demencia precoz. El grupo de las esquizofrenias*. El término “esquizofrenia” es un neologismo creado por Bleuler cuyas raíces provienen del griego *skhizein* (rajar, escindir, separar), *phren* (entrañas, alma, mente) y el sufijo *ia* (que indica cualidad), por lo que etimológicamente “esquizofrenia” significa “mente escindida”.

En esta obra Bleuler definió a la esquizofrenia “como un grupo de psicosis cuyo curso es a veces crónico, y a veces está marcado por ataques intermitentes, y que puede detenerse o retroceder en cualquier etapa, pero que no permite una completa *restitutio ad integrum*. La enfermedad se caracteriza por un tipo específico de alteración del pensamiento, de los sentimientos, y de la relación con el mundo exterior, que en ninguna otra parte aparece bajo esta forma particular”⁶⁶. La escisión (*Spaltung*) de las funciones psíquicas está presente, con mayor o menor intensidad en todos los casos⁶⁷.

El término “escisión” (*Spaltung*) Bleuler lo tomó de Freud, pero con otro sentido. Para Freud la “escisión” no se trataba de un término que nombrara un mecanismo estructural específico, sino de un concepto descriptivo destinado a resaltar la división intrapsíquica que afectaba a todo sujeto⁶⁸. Bleuler, por su parte, lo usaba en un sentido descriptivo sin apenas

⁶² *Ídem*, p. 293.

⁶³ *Ibidem*.

⁶⁴ *Ibidem*.

⁶⁵ *Ídem*, p. 294. Además, en una nota al pie en esa misma página se añade: “el término *Spaltung* designó, a la vez, el síntoma primario y el proceso; confundía los niveles clínico y psicopatológico [...]. Sea cual fuere su naturaleza, lo importante para Bleuler es afirmar la existencia de un proceso”.

⁶⁶ *Ídem*, p. 294-295.

⁶⁷ *Ídem*, p. 295.

⁶⁸ *Ibidem*, en nota al pie.

teorizarlo, pero pretendía convertirlo en un mecanismo genérico de la esquizofrenia que conllevaba la pérdida de unidad de la personalidad en los casos graves⁶⁹.

La extensión nosográfica de la esquizofrenia de Bleuler fue aún mayor que la de Kraepelin, ya que bajo esta nueva categoría Bleuler reunía la demencia precoz y las parafrenias de Kraepelin, la mayoría de las psicosis paranoicas, el delirio senil de prejuicio, la mayor parte de las melancolías y manías alucinatorias, la mayoría de las hipocondrías incurables, muchos de los casos adscritos a la locura moral, muchos de los casos de *amentia* o confusión mental, junto con casos de “esquizofrenias simples” y “esquizofrenias latentes”⁷⁰.

Respecto a la sintomatología de las esquizofrenias, Bleuler estableció dos divisiones: 1) síntomas fundamentales versus síntomas accesorios. Esta división estaba arraigada en la fenomenología y tenía una finalidad diagnóstica. Los síntomas fundamentales estaban presentes en todos los casos y en todos los periodos de la enfermedad, resultando ser, según Bleuler, patognomónicos de la misma⁷¹. Los síntomas accesorios no eran exclusivos de la esquizofrenia y podían faltar en algunos periodos o incluso en su totalidad, pero en el caso de manifestarse podían determinar de manera clara el cuadro clínico⁷². 2) Síntomas primarios versus síntomas secundarios. Esta división resultaba de la especulación teórica de Bleuler y tenía como fin proponer una explicación patogénica de la esquizofrenia⁷³.

Debido a que, en última instancia, a pesar de la división entre síntomas primarios y secundarios, Bleuler otorgaba una causalidad biológica oscura y desconocida para la esquizofrenia, nos interesa para nuestra investigación la primera división establecida por el psiquiatra suizo entre síntomas fundamentales y accesorios, que es la que produciría tanto las formas clínicas de la esquizofrenia como los trastornos asociados a ella.

A diferencia de los síntomas accesorios, que eran, como veremos enseguida, observables directamente, los síntomas fundamentales, tal y como los concibió Bleuler, eran conceptos teóricos enraizados en manifestaciones observables⁷⁴. Para Bleuler “los síntomas fundamentales consisten en trastornos de la asociación y de la afectividad, la predilección por la fantasía en oposición a la realidad, y la inclinación a divorciarse de la realidad (autismo)”⁷⁵.

⁶⁹ *Ibidem*, en nota al pie.

⁷⁰ *Ídem*, p. 296.

⁷¹ *Ibidem*.

⁷² *Ídem*, p. 297.

⁷³ *Ídem*, p. 296.

⁷⁴ *Ídem*, p. 299.

⁷⁵ *Ibidem*.

Entre los trastornos de las asociaciones destacaban la operación por parte de los enfermos con ideas y conceptos que no tenían relación, o, si la tenían, era muy lábil; las asociaciones ilógicas se organizaban mediante condensaciones y desplazamientos, lo que producía un efecto de incoherencia formal del contenido; en definitiva, las obstrucciones y las privaciones del pensamiento caracterizaban el curso del pensamiento esquizofrénico; en esta enfermedad las asociaciones perdían su continuidad⁷⁶. A diferencia del proceso del pensamiento normal, en el que numerosas imágenes presentes y latentes se combinaban para fijar cada asociación, el pensamiento del esquizofrénico utilizaba ideas y conceptos que no tenían relación o tenían una relación insuficiente con la idea principal, razón por la cual deberían quedar excluidas del proceso mental⁷⁷. El resultado de esto era un pensamiento confuso, fragmentario, extravagante e incorrecto, en el que a veces se producía una “obstrucción” o la aparición súbita de pensamientos que no guardaban con los precedentes una relación reconocible⁷⁸. Bleuler resaltó, por encima de cualquier otro trastorno, el papel que jugaba el “relajamiento” asociativo⁷⁹.

Por lo que se refiere a los trastornos afectivos, estos se manifiestan paulatinamente en la tendencia al apartamiento y al retraimiento; más que de labilidad emocional, se trataba de apariciones caprichosas de emociones. En las formas de esquizofrenia más evidentes ocupaban el primer plano en el cuadro clínico. Se trataba, en definitiva, de una decadencia manifiesta o un debilitamiento afectivo⁸⁰. Las manifestaciones mostraban siempre el sello inequívoco de la indiferencia, la tendencia al repliegue interior, la inaccesibilidad alas influencias, los caprichos y la irritabilidad⁸¹.

La ambivalencia definía para Bleuler la tendencia de la psique esquizofrénica a otorgar a los psiquismos más diversos un índice positivo y otro negativo al mismo tiempo; era una consecuencia inmediata de los trastornos esquizofrénicos de la asociación⁸². La ambivalencia podía manifestarse en la esfera afectiva, volitiva, intelectual o en contradicciones cuando tomaban sus respuestas negativas por positivas⁸³.

Aparte de estos tres trastornos fundamentales, Bleuler destacó las alteraciones de ciertas funciones que denominó “compuestas” porque constituían el resultado de operaciones coordinadas de las funciones simples (sensación, memoria, conciencia y movilidad) y sólo

⁷⁶ *Ibidem*.

⁷⁷ *Ídem*, p. 299-300.

⁷⁸ *Ídem*, p. 300.

⁷⁹ *Ibidem*.

⁸⁰ *Ibidem*.

⁸¹ *Ibidem*.

⁸² *Ídem*, p. 301.

⁸³ *Ibidem*.

estaban perturbadas en la medida en que lo estuvieran las funciones simples de las que dependían⁸⁴. Entre ellas destacaba sobre todo el autismo, que era un trastorno por el cual la vida interior predominaba morbosamente sobre la vida de relación⁸⁵.

El problema que el doctor Álvarez evidencia respecto al autismo⁸⁶ en Bleuler parecía producirse para todos los síntomas fundamentales que definió el psiquiatra suizo, es decir, la necesidad de tener que salirse de la fenomenología empírica y apoyarse en una especulación teórica para apoyar la fuerza causal que se estaba defendiendo.

En relación a los síntomas accesorios que instauró Bleuler para la esquizofrenia, estaban constituidos por los que semiológicamente había establecido Kraepelin y eran directamente accesibles a la observación: alucinaciones auditivas, sensaciones corporales, ideas delirantes no sistematizadas persecutorias que necesitaban para formarse la concurrencia de factores afectivos, perturbaciones de la memoria (hipermnesias, lagunas de la memoria, paramnesias y las ilusiones de la memoria), alucinaciones negativas, pérdida de las fronteras temporales y espaciales, trastornos del lenguaje y la escritura (especialmente los referidos al contenido), junto a los numerosos signos catatónicos⁸⁷.

De esta conjunción entre síntomas fundamentales y síntomas accesorios Bleuler derivó cinco formas clínicas de esquizofrenia. El propio Bleuler afirmaba que estas formas clínicas no debían entenderse en el sentido de entidades patológicas, sino como meras agrupaciones de síntomas, y consideró como posibles las transiciones de unas formas a otras⁸⁸. Además, todas estas formas clínicas derivaban del concepto de “escisión”, el cual no fue desarrollado por Bleuler de forma suficiente. Esta fue la debilidad principal a la hora de jerarquizar la sintomatología y establecer una cohesión entre las cinco formas clínicas⁸⁹.

La primera se denominó “grupo paranoide” y correspondía con la demencia paranoide de Kraepelin. Coincidió con Kraepelin al atribuir la aparición de un grado, mayor o menor, de demencia en las personas pertenecientes a este grupo, pero Bleuler se diferenciaba del psiquiatra alemán al atribuir el deterioro excesivo con menos frecuencia e intensidad, y también al destacar la ausencia casi total de síntomas catatónicos en los paranoides⁹⁰.

⁸⁴ *Ibidem*.

⁸⁵ *Ídem*, p. 302.

⁸⁶ *Ibidem*: “¿cómo captar en la clínica si una proporción dada de ensimismamiento debe ser considerada autismo o no? Sólo hay para esta pregunta una respuesta teórica, pero con ella nos salimos de la fenomenología y, por tanto, de los síntomas fundamentales (patognomónicos)”.

⁸⁷ *Ídem*, p. 297-298.

⁸⁸ *Ídem*, p. 304

⁸⁹ *Ídem*, p. 309.

⁹⁰ *Ídem*, p. 305.

La segunda forma clínica de la esquizofrenia era la catatonía, la cual también comprendía el mismo espectro clínico que le confirió Kraepelin a la demencia catatónica. Sin embargo, Bleuler insistió en las formas de inicio agudo y resaltó la presentación de nuevos accesos durante los periodos de calma, tras los cuales el deterioro se hacía más pronunciado⁹¹.

La tercera forma clínica era la hebefrenia, en esta se advertían más diferencias con Kraepelin. Para el profesor de Munich la esencia de la demencia precoz estaba constituida por la hebefrenia, sin embargo, para Bleuler la hebefrenia nombraba únicamente los casos graves que quedaban excluidos de las formas catatónicas y paranoides. Además, para Bleuler, la hebefrenia podía exteriorizarse a cualquier edad, no sólo en la adolescencia⁹². Señaladas estas salvedades, para Bleuler las formas hebefrénicas se caracterizaban esencialmente por la “demencia” e incluían a todas las psicosis agudas con posterior deterioro y sin características catatónicas o paranoides⁹³. Por tanto, el grupo hebefrénico de la esquizofrenia no tenía síntomas específicos, sino que se manifestaba en algunas formas de deterioro esquizofrénico⁹⁴.

La cuarta forma clínica de la esquizofrenia era la “esquizofrenia simple”, la cual se caracterizaba por la presencia exclusiva de los síntomas fundamentales y la ausencia completa de los síntomas accesorios⁹⁵. El problema de esta categoría estribaba no sólo en el diagnóstico de estos sujetos (por las limitaciones comentadas en relación a los síntomas fundamentales), sino también en los límites atribuibles a esta forma clínica⁹⁶.

La quinta forma, la “esquizofrenia latente”, era aún mucho más inespecífica⁹⁷. Sin embargo, para Bleuler era la forma más frecuente, “si bien estas personas no se ponen en tratamiento. Suscitan la sospecha de esquizofrenia personas que son irritables, extrañas, caprichosas, solitarias o exageradamente puntuales, y se producen en la vida ulterior exacerbaciones que demuestran que cualquier forma de esta enfermedad puede seguir un curso latente”⁹⁸.

Una vez descritos los síntomas y las formas clínicas, merece la pena reseñar las diferencias fundamentales entre la demencia precoz y la esquizofrenia.

Kraepelin describió detalladamente fenómenos concretos, pero demasiado deslavazados, cuya organización interna derivaba sobre todo de las nociones teóricas (no clínicas) de

⁹¹ *Ibidem.*

⁹² *Ídem*, p. 306.

⁹³ *Ibidem.*

⁹⁴ *Ibidem.*

⁹⁵ *Ídem*, p. 307.

⁹⁶ *Ibidem.*

⁹⁷ *Ídem*, p. 308.

⁹⁸ *Ibidem.*

demencia y precocidad⁹⁹. Su apuesta fue construir verdaderas enfermedades recurriendo a sobrevalorar los aspectos más deficitarios; el riesgo estribaba en el establecimiento de una nosografía artificiosa¹⁰⁰.

Bleuler, por su parte, intentó dar un paso más, viéndose obligado a recurrir a la hermenéutica porque lo que llamaba síntomas fundamentales no eran más que interpretaciones de los sustratos que se encontraban, supuestamente, tras los síntomas accesorios¹⁰¹. Además, al basar el diagnóstico y la esencia misma de la esquizofrenia en los síntomas fundamentales, el proyecto adquiriría una complejidad preocupante¹⁰². En el terreno práctico, los síntomas fundamentales sólo se apreciaban mediante una cuantificación y gradación, lo que conllevaba inevitablemente una ponderación que precisaba recurrir a la hermenéutica¹⁰³.

2. 2. 3: La *psicosis alucinatoria crónica* de Ballet y las *locuras discordantes* de Chaslin

Es importante señalar, aunque sea de forma breve y concisa, las respuestas que suscitaron en la otra gran escuela de psicopatología de la época, la francesa, los desarrollos que promovieron desde la escuela alemana Kraepelin y Bleuler. Estas respuestas por parte de los franceses toman cuerpo en la “psicosis alucinatoria crónica” de Ballet y en las “locuras discordantes” de Chaslin.

Las razones que promovieron a Gilbert Louis Ballet (1853-1916) a establecer la categoría de “psicosis alucinatoria crónica” fueron, por un lado, el interés de agrupar las características comunes de un gran número de formas de locura básicamente alucinatorias y, por otro lado, la necesidad de responder a las creaciones de Kraepelin y Bleuler que amenazaban con inundar la nosografía tradicional francesa¹⁰⁴.

El antecedente del cuadro clínico descrito por Ballet se encuentra en los continuadores del trabajo de Séglas, Dide y Gassiot, los cuales presentaron un cuadro denominado “psicosis alucinatoria crónica”¹⁰⁵ que englobaba cuatro características: 1) los fenómenos alucinatorios se presentaban en todas las modalidades sensitivas, pudiendo coexistir y asociarse en un

⁹⁹ *Ídem*, p. 303.

¹⁰⁰ *Ibidem*.

¹⁰¹ *Ibidem*.

¹⁰² *Ibidem*.

¹⁰³ *Ibidem*.

¹⁰⁴ *Ídem*, p. 316.

¹⁰⁵ *Ídem*, p. 318.

mismo sujeto; 2) no se presentaban signos de confusión; 3) faltaban las interpretaciones delirantes y cuando aparecían no conseguían sistematizarse; y 4) el cuadro evolucionaba sin que se comprobaran los rasgos demenciales característicos¹⁰⁶.

Ballet presentó su cuadro clínico en dos artículos. El primero (1911) presenta una aproximación descriptiva al problema tratando de superar la referencia de Kraepelin¹⁰⁷, mientras que en el segundo (1913) introduce dos innovaciones: la inclusión de un apunte de teoría patogénica y un cambio sustancial respecto a la jerarquía de los síntomas que componen el cuadro clínico, con el fin de responder a la noción bleuleriana de esquizofrenia¹⁰⁸.

En su primer artículo de 1911 las críticas a Kraepelin se sustentaban en negar la reunión de la catatonía y la hebefrenia con la demencia paranoide (esta última denominada por Ballet “psicosis alucinatoria crónica”)¹⁰⁹. En este artículo el psiquiatra francés enfocó la “psicosis alucinatoria crónica” desde la semiología de un estado cenestésico basado en una inquietud vaga¹¹⁰. Este estado conducía y condicionaba la producción de ideas explicativas de persecución y de ambición, que se alternaban, reemplazaban y asociaban de forma rápida o lenta, y se unían siempre a alucinaciones de diversos sentidos que por su constancia parecían condicionarlas¹¹¹. El estado cenestésico molesto y la inquietud eran los síntomas “constantes” (presentes en todos los casos), mientras que el trastorno intelectual (delirio) estaba determinado primariamente por la alteración cenestésica; además, la inquietud debía ser considerada como un trastorno afectivo y no intelectual¹¹². El pronóstico para la psicosis alucinatoria crónica era grave y sombrío¹¹³.

En su segundo artículo de 1913, Ballet agrega el concepto de “disgregación de la personalidad”, el cual fundamentaba la psicosis alucinatoria crónica¹¹⁴. Entonces, la psicosis alucinatoria crónica se caracterizaba por una disgregación inicial y persistente de la personalidad, lo que bastaba para explicar la gravedad de la afección¹¹⁵.

En su nueva remodelación la sintomatología adquiría una nueva jerarquía: las alucinaciones eran la parte integrante y necesaria en un cierto periodo, mientras que las ideas

¹⁰⁶ *Ibidem*.

¹⁰⁷ *Ídem*, p. 320.

¹⁰⁸ *Ibidem*.

¹⁰⁹ *Ídem*, p. 322.

¹¹⁰ *Ibidem*.

¹¹¹ *Ibidem*.

¹¹² *Ídem*, p. 322-323.

¹¹³ *Ídem*, p. 323.

¹¹⁴ *Ídem*, p. 324.

¹¹⁵ *Ibidem*.

de persecución o de ambición eran secundarias y contingentes, ya que muchas veces sólo aparecían muy tardíamente o ni siquiera llegaban a desarrollarse¹¹⁶. La presencia de alucinaciones señalaba por sí misma que la personalidad estaba disgregada, pues ellas constituían una de las manifestaciones de esta disgregación de la personalidad¹¹⁷. El problema era que estas reflexiones en la base de la edificación de la psicosis alucinatoria crónica no aportaban novedad alguna ni sobre los fenómenos elementales inmediatos o previos a la ruptura psicótica, ni sobre el fundamento psicológico o neurológico de la disgregación¹¹⁸.

La otra respuesta a la escuela alemana procedente de Francia provino del psiquiatra Philippe Chaslin (1857-1923) y la descripción de su cuadro clínico llamado “locuras discordantes”.

Es preciso señalar que no existe a lo largo de los textos de Chaslin dedicados a esta cuestión ningún desarrollo teórico que glose el concepto de “discordancia”, sino que se limitaba a nombrarla en los comentarios de algunas de sus numerosísimas observaciones clínicas¹¹⁹. No obstante, se pudieron extraer valiosas enseñanzas de su concepción.

La “discordancia” no se presentaba en cuadros agudos, sino que, por el contrario, su presencia indicaba cronicidad o advertía del inicio de un cuadro que perduraría¹²⁰. La “discordancia” podía referirse al desacuerdo existente entre el humor, la mímica y los contenidos delirantes, o entre la inteligencia y el lenguaje¹²¹, entre otras cosas.

A partir del signo “discordancia” Chaslin se aventuró a organizar el grupo de las “locuras discordantes”¹²². No incluía en ellas todos los casos de locuras con delirio sistematizado alucinatorio, ni tampoco las formas de demencias juveniles¹²³. Además, mientras que Kraepelin se reafirmó en considerar sus categorías como “enfermedades mentales”, Chaslin se mostró mucho más comedido debido al total desconocimiento etiológico¹²⁴.

Chaslin distinguió cuatro tipos principales de “locuras discordantes” en el periodo de estado (ya que en el periodo de demencia las apariencias de los síntomas se aproximaban unas a otras)¹²⁵: la hebefrenia, la locura paranoide (delirante), la locura verbal y la locura motriz o catatonía¹²⁶. En estos cuatro tipos Chaslin subrayó las manifestaciones discordantes;

¹¹⁶ *Ibidem*.

¹¹⁷ *Ibidem*.

¹¹⁸ *Ibidem*.

¹¹⁹ *Ídem*, p. 332.

¹²⁰ *Ibidem*.

¹²¹ *Ídem*, p. 332-333.

¹²² *Ibidem*.

¹²³ *Ídem*, p. 333.

¹²⁴ *Ídem*, p. 333.

¹²⁵ *Ibidem*.

¹²⁶ *Ibidem*.

la falta de armonía entre los síntomas era tan llamativa que daba la impresión de que eran independientes unos de otros¹²⁷. Reprobó que se asignara a la demencia un papel decisivo en estos cuadros discordantes, ya que, para él, el hecho de que los síntomas simularan a menudo la demencia no quería decir que realmente la hubiera¹²⁸.

En relación a la hebefrenia, Chaslin situaba la manifestación más evidente de la “discordancia”, en este caso entre los síntomas¹²⁹ (cambios de carácter, excitaciones sin motivos, fugas, tics, muecas, actitudes extravagantes, puerilidad, ideas delirantes vagas, terrores, onanismo...). Todas esas ideas delirantes, esos trastornos emocionales y motores, cambiaban, se entremezclaban generalmente o predominaban más o menos con un sesgo extraño y desordenado. Pero lo más destacado era que todo eso era generalmente muy superficial¹³⁰. Surgía frecuentemente una indiferencia completa, una apatía que no cesaba de acrecentarse y que podía entrecruzarse con accesos emotivos, con negativismo, con un corto periodo de estupor coloreado con fenómenos catatónicos¹³¹. Todas estas manifestaciones se desplegaban coexistiendo con la conservación de la inteligencia, del juicio y la memoria, a veces también de la atención, la orientación en el tiempo y en mundo exterior. Dicho estado podía prolongarse durante años sin que la verdadera demencia se instale; también sucedía que esta se instaurara rápidamente al cabo de unos meses¹³².

La locura paranoide, tal como la concibió Chaslin, era menos frecuente que el tipo precedente¹³³. Entre sus características generales destacaba el delirio con marcado polimorfismo e incoherencia (ideas delirantes multiformes)¹³⁴. Eran estas características las que determinaban la imposibilidad de que el delirio fuera relatado como una historia ordenada; además se añadían las estereotipias, algunos elementos del negativismo y las alteraciones afectivas, pero sin que llegara a consumarse una verdadera afectación de la inteligencia¹³⁵. En esta forma de locura la “discordancia” se comprobaba de forma especial en la conservación de algunas facultades frente a la absurdidad e incoherencia delirante, y también en la falta de armonía existente entre unos síntomas y otros¹³⁶.

¹²⁷ *Ídem*, p. 333-334.

¹²⁸ *Ídem*, p. 334.

¹²⁹ *Ibidem*.

¹³⁰ *Ídem*, p. 335.

¹³¹ *Ibidem*.

¹³² *Ibidem*.

¹³³ *Ibidem*.

¹³⁴ *Ibidem*.

¹³⁵ *Ibidem*.

¹³⁶ *Ídem*, p. 336.

La “locura discordante verbal” nombraba una variedad original de Chaslin¹³⁷. Se trataba de un tipo poco frecuente y de larga duración que no era propiamente delirante pero que presentaba una incoherencia verbal extraordinaria¹³⁸. Este tipo de locura se compendia en un lenguaje completamente incoherente, con continuas palabras inventadas, conservación sólo aparente del sentido, entonaciones, risas, sonrisas y gestos¹³⁹. Esencialmente la “discordancia” se producía entre la conservación de la mímica del discurso y la completa incomprensibilidad del discurso¹⁴⁰.

Por último, en la “locura discordante motriz (catatonía)”, cuya descripción toma Chaslin enteramente de Kahlbaum, situaba la “discordancia” entre la capacidad de sugestión y el negativismo, entre el estupor y la agitación, entre la verbigeración y el mutismo¹⁴¹.

2. 2. 4: El *automatismo mental* de Clérambault

Lo que marcó la diferencia entre Gaëtan Gatian de Clérambault (1872-1934) y sus antecesores fue el anhelo no de hallar una reorganización sintomatológica para producir nuevas entidades clínicas, sino de buscar los mecanismos generadores de la psicosis y la reducción fenomenológica a su esencia primera y originaria¹⁴². Es decir, tratar de despejar la estructura basal fenoménica de los distintos tipos de psicosis¹⁴³. Para ello trató de reducir la patología mental a síndromes elementales, basándose en la disección fenomenológica de las formas de inicio o prodrómicas y en la gran importancia otorgada a pequeños signos apenas perceptibles¹⁴⁴. Todo lo cual se alojaba dentro de una ideología mecanicista y de exclusión de los factores psicológicos en la patología mental, con la pretensión de reducir la clínica mental a la neurología¹⁴⁵.

El conjunto de las publicaciones que componen su *Obra psiquiátrica* (establecida no por él sino que es una compilación realizada por parte de sus alumnos de sus artículos, notas tomadas durante sus presentaciones de enfermos y, especialmente, los aproximadamente quince mil “certificados” que expidió en la Enfermería Especial), se agrupa en siete grandes

¹³⁷ *Ibidem*.

¹³⁸ *Ibidem*.

¹³⁹ *Ibidem*.

¹⁴⁰ *Ibidem*.

¹⁴¹ *Ídem*, p. 338.

¹⁴² *Ídem*, p. 352.

¹⁴³ *Ibidem*.

¹⁴⁴ *Ibidem*.

¹⁴⁵ *Ibidem*.

bloques¹⁴⁶, de los cuales el que aquí vamos a desarrollar por su relevancia con el objeto de nuestra investigación es el dedicado al Automatismo Mental.

La noción de “automatismo mental” está presente en los “certificados” expedidos muy tempranamente (1905), pero su desarrollo teórico y sistemático lo realizó Clérambault entre 1919 y 1927¹⁴⁷.

La metodología en la que se basó la obtención del “automatismo mental” por parte de Clérambault partió de cuatro principios básicos: 1) oposición entre el proceso psicótico generador y los productos delirantes sobreañadidos; 2) reducción de la fenomenología a sus signos mínimos; 3) separación entre los casos “puros” y los “mixtos”; 4) atomización nosográfica basada en los distintos mecanismos generadores de las psicosis¹⁴⁸.

El fondo arquitectónico del Automatismo Mental provino del análisis de los delirios colectivos¹⁴⁹, ya que para Clérambault en la Locura Colectiva no se distinguía la psicosis del delirio, y el delirio de los temas idéicos¹⁵⁰. Según Clérambault, el delirio era el conjunto de los temas idéicos y de los sentimientos adecuados o inadecuados, pero conexos, así como del tono mórbido que los soportaba, mientras que la psicosis era ese mismo delirio junto con el fondo material (biológico) necesario para producirlo y desarrollarlo¹⁵¹. Por tanto, los temas idéicos no eran la psicosis en sí, sino que eran producciones secundarias (productos intelectuales sobreañadidos)¹⁵². Es justo esta separación entre delirio – entendido en Lacan como “trabajo de la psicosis” – y psicosis – entendida esta en Lacan como “estructura psicótica” – la originalidad clérambaultiana que produciría su elaboración del Automatismo Mental¹⁵³.

Por tanto, la gran contribución de Clérambault consistió en desvelar los fenómenos iniciales de la psicosis que hasta entonces habían sido dejados a la sombra, ya que estos fenómenos iniciales demostraron ser primarios a los grandes fenómenos aislados por clínicos anteriores, como por ejemplo el eco del pensamiento y la lectura, el pensamiento anticipado, las impulsiones verbales, la enunciación de actos, etc¹⁵⁴.

Clérambault reunió estos fenómenos iniciales en un mismo síndrome (el *pequeño Automatismo Mental*) atribuyéndoles un origen común, los diseccionó fenomenológicamente,

¹⁴⁶ *Ídem*, p. 353.

¹⁴⁷ *Ídem*, p. 354.

¹⁴⁸ *Ibidem*.

¹⁴⁹ *Ídem*, p. 355.

¹⁵⁰ *Ibidem*.

¹⁵¹ *Ibidem*.

¹⁵² *Ibidem*.

¹⁵³ *Ibidem*.

¹⁵⁴ *Ídem*, p. 356.

los jerarquizó (desde el *Síndrome de pasividad* hasta el *Triple Automatismo Mental*) y perfiló las consecuencias a nivel subjetivo de su implantación¹⁵⁵.

El *Síndrome de Automatismo Mental* estaba constituido siempre por los mismos trastornos psíquicos, motores y sensoriales, los cuales se imponían de manera brutal y automática en la mente del sujeto hasta capturarlo y gobernarlo¹⁵⁶. Por tanto, una diferencia fundamental con Bleuler y su teoría de los “síntomas fundamentales” radicaba en que Clérambault destacó una matriz autónoma y generadora, casi invisible, pero a la que nombró con imágenes y nominaciones precisas¹⁵⁷.

Las características generales del Automatismo Mental, de los fenómenos iniciales a él asociados y siempre presentes en el inicio de cualquier psicosis alucinatoria crónica, por lo que conforman el *Pequeño Automatismo Mental* o *Síndrome de Pasividad*, eran tres: 1) su carácter esencialmente neutro (al menos en principio); 2) su carácter no sensorial; 3) su rol inicial en el principio de las psicosis¹⁵⁸.

Por lo que se refiere al carácter esencialmente neutro, dicha “neutralidad” aludía tanto a las ideas como a los afectos¹⁵⁹. Es decir, por una parte, era “anidéico”, atemático, y consistía sólo en el desdoblamiento del pensamiento, pero también era neutro respecto a los afectos en el sentido de no comportar el propio fenómeno por sí mismo hostilidad¹⁶⁰.

En relación al carácter no sensorial, indicaba que el pensamiento, experimentado como extraño para el sujeto, no le llegaba inicialmente de forma sensorial, sino de la manera más ordinaria del pensamiento, es decir, de una forma indiferenciada constituida por una mezcla de tendencias y abstracciones que, de manera paulatina, darían pie a los trastornos propiamente sensoriales¹⁶¹.

Respecto a la consideración del rol inicial que jugaban en la psicosis, Clérambault remarcaba que esos pequeños signos eran los primeros datos aprehensibles de la psicosis, mientras que el delirio y las alucinaciones eran siempre productos secundarios y añadidos¹⁶².

La consecuencia, a nivel subjetivo, de estas tres características de los fenómenos de Automatismo Mental era la producción de una *escisión del yo*, un sentimiento subjetivo de

¹⁵⁵ *Ídem*, p. 357.

¹⁵⁶ *Ibidem*.

¹⁵⁷ *Ídem*, p. 358.

¹⁵⁸ *Ibidem*.

¹⁵⁹ *Ibidem*.

¹⁶⁰ *Ibidem*.

¹⁶¹ *Ídem*, p. 359.

¹⁶² *Ibidem*.

extrañeza y perplejidad¹⁶³. Por tanto, el *Pequeño Automatismo Mental* consistía en un desgarramiento consecutivo al desdoblamiento del pensamiento “elemental”, en una “objetivación” (a la vez revelación y desapropiación, a la vez reconocimiento y desconocimiento) del pensamiento elemental, constitutivo de un sentimiento de discontinuidad y de escisión del yo, es decir, de la personalidad consciente¹⁶⁴.

Si los fenómenos más elementales del Automatismo Mental (*Pequeño Automatismo Mental* o *Síndrome de Pasividad*) seguían progresando, la psicosis se transformaría en el gran síndrome de Automatismo Mental o *Triple Automatismo Mental*¹⁶⁵. Por el interés que tienen para el psicoanálisis y para el objeto de nuestra investigación nos centraremos exclusivamente en los fenómenos más elementales del Automatismo Mental o *Pequeño Automatismo Mental*.

Estos fenómenos más elementales e iniciales de la psicosis Clérambault los dividía en dos categorías: los fenómenos sutiles (divididos a su vez en positivos, negativos y mixtos) y los fenómenos ideos-verbales¹⁶⁶.

En relación a los fenómenos sutiles positivos, estos se caracterizaban por implantar interferencias, vacías de contenido y “anidéicas”, que perturbaban el curso del pensamiento; eran “procesos de intrusión”¹⁶⁷. Tales como: psitacismo¹⁶⁸, “sierras verbales”, juegos de palabras, entonaciones bizarras, ideorrea, flujo incoercible de representaciones visuales, falsos reconocimientos, sentimientos de extrañeza o de *déjà vu*, sentimientos de revelación inminente o emociones sin objeto¹⁶⁹.

A su vez, Clérambault subdividió los fenómenos sutiles positivos en “procesos positivos subcontinuos” y “procesos positivos episódicos”¹⁷⁰. Los “procesos positivos subcontinuos” incluían la “emancipación de los abstractos” (emancipación del pensamiento bajo una forma indiferenciada, o totalmente muda), el “devanado mudo de los recuerdos” (constituido por elementos idéicos, representativos y afectivos) y la “ideorrea” (pensamientos que se imponen

¹⁶³ *Ibidem*. “Las sensaciones alucinatorias [...] aparecen [...] como extrañas y como ajenas: extrañeza intrínseca y carácter impropio casi inmediatamente impuesto. Son extrañas, o dicho de otro modo, inefables e indecibles, de apariencia artificial”.

¹⁶⁴ *Ibidem*.

¹⁶⁵ *Ídem*, p. 360.

¹⁶⁶ *Ibidem*.

¹⁶⁷ *Ibidem*.

¹⁶⁸ Álvarez, J. M.^a; Esteban, R; Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*, p. 400: “Lucien Cotard lo introdujo en psicopatología [...], definiendo el trastorno como un “hablar sin pensar” y dándole una gran extensión, fundamentalmente: a) el “lenguaje sin idea alguna”, tal como se presenta en deficientes mentales [...] y dementes seniles o “precoces” [...]; b) el “lenguaje son idea expresa o diferenciada”, que se da en deficientes mentales, maníacos y delirios sistematizados; c) el psitacismo “mundano”, esto es, social, relacional y frívolo, “lenguaje cuya correspondencia con el pensamiento es resultado de la memoria y no del juicio”.

¹⁶⁹ Álvarez, J. M.^a (2008). *La invención de las enfermedades mentales*, p. 360.

¹⁷⁰ *Ibidem*.

con una aceleración mayor que los propios del pensamiento normal)¹⁷¹. Dentro de los “procesos positivos episódicos” se encuadraban las “semejanzas”, los “falsos reconocimientos” o la “extrañeza de la gente y las cosas”. Estos procesos positivos episódicos se acompañaban de sentimientos intelectuales¹⁷².

Los fenómenos sutiles negativos, por su parte, consistían en inhibiciones del pensamiento acompañadas de sentimientos intelectuales¹⁷³. Para Clérambault eran propios de esta categoría la “desaparición del pensamiento, olvidos” (un pensamiento que va a llegar desaparece antes de hacerse claro; el objeto del pensamiento desaparece súbitamente, sin que el paciente sepa en qué pensaba), “detenciones del pensamiento”, “vacíos del pensamiento”, “perplejidad sin objeto”, “esperas” (en todos estos, el paciente no sabe en qué piensa; percibe fragmentos de pensamiento separados entre sí, espera pensamientos que no llegan; el pensamiento está “nublado”, de manera que el enfermo no puede entrever pensamiento alguno), “aprosexia” (pensamiento disperso; imposibilidad de pensar determinadas cosas, a veces porque el pensamiento es demasiado rápido; cuanto más trata el paciente de fijar su atención mayor es la dispersión)¹⁷⁴.

Por lo que se refiere a los fenómenos sutiles mixtos, estos consistían en “olvidos”, “aportaciones”, “sustituciones del pensamiento” (un nuevo pensamiento sustituye al pensamiento en curso; el sujeto no tiene en su mente más que inicios de pensamientos; cuando comienza a pensar algo concreto, inmediatamente se entromete una nueva idea), “paso de un pensamiento invisible” (reconocimiento aplicado en vacío o a un objeto subconsciente y transitorio. Es la combinación de un reconocimiento anticipado y de un olvido. El sujeto cree en la inminencia de un pensamiento que él reconoce sin poder aún definirlo; dicha idea, una vez reconocida, desaparece sin haber sido definida. Este fenómeno es, por así decirlo, la percepción de la sombra de un objeto que acaba de pensar)¹⁷⁵.

La segunda categoría de fenómenos que componen el Automatismo Mental estaba constituida por fenómenos a la vez idéicos y verbales, eran los fenómenos ideo-verbales¹⁷⁶. Eran neutros y atemáticos. Para Clérambault el fondo común de estos fenómenos consistía en un trastorno molecular del pensamiento elemental, en el que éste estaba perturbado a la vez en su formación y en su integración en la conciencia; además estos trastornos los

¹⁷¹ *Ibidem.*

¹⁷² *Ibidem.*

¹⁷³ *Ibidem.*

¹⁷⁴ *Ídem*, p. 361.

¹⁷⁵ *Ibidem.*

¹⁷⁶ *Ibidem.*

consideraba de orden mecánico¹⁷⁷. En estos fenómenos ideo-verbales el pensamiento era alcanzado primeramente de forma indiferenciada, es decir, a la vez abstracta y fragmentariamente sensorial (que era la forma del pensamiento normal)¹⁷⁸; además para Clérambault en estos fenómenos los abstractos parecían liberarse antes que los concretos, que la liberación de los concretos, al principio, era principalmente parcelaria¹⁷⁹.

Dentro de los fenómenos ideo-verbales Clérambault agrupaba los siguientes: pensamiento extraño, pensamiento anticipado, enunciación de gestos y de intenciones, y sobre todo eco del pensamiento (sentimiento de exterioridad, al menos psíquica, de las palabras que son pensadas o están a punto de serlo; el sujeto oye su pensamiento como si proviniera de fuera, como si se le impusiera y sin reconocerlo)¹⁸⁰. Junto a ellos también agrupaba fenómenos más oscuros y puramente verbales como palabras explosivas, juegos silábicos, kiries de palabras o absurdos y sinsentidos, así como fenómenos puramente psíquicos: intuiciones abstractas, veleidades abstractas, interrupciones del pensamiento abstracto, devanado mudo de los recuerdos¹⁸¹.

Todos estos fenómenos englobados en las dos categorías con las divisiones descritas para Clérambault eran iniciales y previos al delirio y a la alucinación propiamente dicha¹⁸². Si el curso de la patología proseguía, el enfermo afectado de automatismo se constituiría en un perplejo receptor de fenómenos elementales que, a pesar de no tener significación alguna, le concernían¹⁸³. Esto provocaba el desplegamiento del trabajo delirante explicativo y la tendencia a la verbalización junto con el florecimiento de las alucinaciones verbales¹⁸⁴. En su estadio final (no necesariamente en todos los pacientes) se instauraba el síndrome completo, el *Triple Automatismo Mental*, que se caracterizaba por trastornos del pensamiento y del lenguaje, automatismos motores y sensitivos y “voces” propiamente dichas¹⁸⁵.

En este sentido, Clérambault invirtió la fórmula clásica de la psicosis. Según esta, es la psicosis la que genera los fenómenos; para Clérambault, por el contrario, eran los fenómenos elementales los que generaban la psicosis en sí misma¹⁸⁶.

¹⁷⁷ *Ibidem*.

¹⁷⁸ *Ibidem*.

¹⁷⁹ *Ídem*, p. 361-362.

¹⁸⁰ *Ídem*, p. 362.

¹⁸¹ *Ibidem*.

¹⁸² *Ídem*, p. 364.

¹⁸³ *Ibidem*.

¹⁸⁴ *Ibidem*.

¹⁸⁵ *Ídem*, p. 364-365.

¹⁸⁶ *Ídem*, p. 365.

La limitación fundamental que aparecía en la construcción elemental de Clérambault residía en cómo saber diferenciar esos fenómenos intrusivos y parásitos, característicos de los fenómenos del Automatismo Mental, de los fenómenos propios del pensamiento normal (como el mentismo o la cogitación de un sujeto solitario)¹⁸⁷. Es decir, no existían diferencias fenomenológicas entre el pensamiento normal y el pensamiento propio del Automatismo Mental en su fase inicial¹⁸⁸.

La solución de Clérambault fue colegir que no se trataba tanto de las características consustanciales a los fenómenos del pensamiento en sí sino de cómo el sujeto los experimentaba: en el caso del Automatismo Mental; tales fenómenos se le presentaban al trastornado como algo impuesto y, por tanto, como algo ajeno al curso de los pensamientos de los que se reconocía como autor¹⁸⁹. Es decir, al final la limitación que la fenomenología imponía obligaba a tener en cuenta ese más allá de los fenómenos, representado por el sujeto que los padece, por la subjetividad que reinaba en ellos, con el fin de distinguir lo normal de lo patológico. En este punto, a pesar de su ideología mecanicista y de su desprecio por las determinaciones psicológicas en la fenomenología, Clérambault no podía más que coincidir (sin él mencionarlo nunca) con Freud¹⁹⁰.

Después de este recorrido podemos entresacar tres conclusiones esenciales.

En primer lugar, se hace evidente que en la esquizofrenia los trastornos del lenguaje y los trastornos corporales se conjugan a la par (parafrenia fantástica de Kraepelin, catatonía de Kraepelin, Bleuler y Chaslin, cenestesia en Ballet y Clérambault).

En segundo lugar, se observa la tendencia a intuir la independencia del lenguaje en los fenómenos que presenta al sujeto, ya que todos estos psiquiatras otorgan un peso fundamental a los trastornos del lenguaje. Esta tendencia cristaliza en su punto máximo con Clérambault, cuyos finos análisis muestran este automatismo del significante que tan esencial le parecería a Lacan para esclarecer la causalidad de la psicosis.

Por último, el fanatismo de estos psiquiatras en relación a postular una causalidad biológica (salvando la modestia de Chaslin), les vuelve ciegos a la subjetividad del propio loco. Esta cuestión es la que les aboca a los callejones sin salida y les estanca en una descripción que, aunque rica, acaba siendo desgastada. En este punto la figura de Freud y,

¹⁸⁷ *Ídem*, p. 363.

¹⁸⁸ *Ibidem*.

¹⁸⁹ *Ídem*, p. 364.

¹⁹⁰ *Ibidem*.

posteriormente la de Lacan, surgirá para dar un impulso nuclear a la comprensión de lo que está en juego en la psicosis y, en particular, en la esquizofrenia.

2. 3: La esquizofrenia en la obra de Sigmund Freud

El padre del psicoanálisis se interesó tempranamente por los rasgos clínicos y subjetivos que caracterizarían a la locura y la diferenciarían de la neurosis. Conforme fue progresando en su elaboración teórica, Freud iría añadiendo matices que permitirían diferenciar no sólo la neurosis de la psicosis -al menos a nivel clínico ya que no teórico-, sino también la esencia clínica que posibilitaría distinguir entre los distintos tipos clínicos producidos en la psicosis (paranoia, esquizofrenia y melancolía).

Mediante la pluma que daba forma a su pensamiento, Sigmund Freud nos legó la primera teoría psicológica del sujeto humano. Gracias a ella la fenomenología de la clínica pudo alcanzar un ordenamiento coherente que tuvo una de sus repercusiones centrales en el avance crucial posibilitado respecto al entendimiento de la patología psíquica. Sin la teoría psicológica de Freud aún permaneceríamos en las sombras de lo que caracteriza al alma humana. Tanta fue su incidencia y subversión que no existe en nuestros días ninguna orientación psiquiátrica o psicológica que no haya sido influida por sus planteamientos, bien para tratar de negarlos o suprimirlos, bien para dotarlos de más peso o de marcos actuales de referencia. Sea como fuere, el nombre de Sigmund Freud es sinónimo de una brecha, de un antes y un después en el desciframiento del sufrimiento que caracteriza al cuerpo hablante.

Con la elaboración de su teoría psicológica el neurólogo austriaco introdujo la subjetividad en el ámbito de una disciplina que, a pesar de estudiar el corazón de lo más humano, al tener como ideal la ciencia natural había suprimido justamente la humanidad que trataba de explicar y de comprender.

Debido a haber tomado en cuenta la subjetividad humana, las elaboraciones de Freud, especialmente a través de los desarrollos aportados por Jacques Lacan, alcanzaron el horizonte de lo más universal que podía ser hallado en el ámbito de la patología psíquica y, a la vez, posibilitaron el lugar de lo más particular, justo de aquello que ninguna ciencia, praxis o disciplina orientada por el espíritu de subsumir todo en la categoría aristotélica del “para todos” podía aprehender. Precisamente el acotamiento de lo más particular, establecido únicamente al contar con la subjetividad, el respeto de su lugar y la osadía de hacerlo operar, fue lo que caracterizó la nueva visión que el psicoanálisis inauguró, la cual conllevó el mayor avance en la concepción del ser humano desde el inicio de la filosofía en la Grecia clásica.

La limitación más destacable en la obra de Sigmund Freud por lo que se refiere a la psicosis es la ausencia de la descripción, definición y formalización precisas de un mecanismo

psíquico claro que estuviera en la base de dicha patología¹. A diferencia de la neurosis, en la que el complejo de Edipo y su correlato – el complejo de castración – determinarían el mecanismo de la represión, el cual establecería la neurosis como estructura de base del sujeto y permitiría leer tanto las manifestaciones como la lógica sintomática presente en la persona, el mecanismo psíquico causal en la psicosis no está clarificado en la obra freudiana. Para ello habría que esperar unas décadas y a la enseñanza que Lacan extraería de los textos freudianos en relación a la psicosis.

No obstante, eso no quiere decir que el fundador del psicoanálisis no aportara su ingenio y su inventiva teórica en el campo clínico de la locura. Al contrario, ya que justamente fue a partir de sus escritos, su correspondencia con profesionales contemporáneos y sus indicaciones clínicas mediante los que Lacan podría destilar el mecanismo psíquico de la psicosis que aparecía oscurecido y deslavazado en Freud.

Sigmund Freud representó la respuesta subversiva a los psiquiatras, sus hermanos en lengua materna, particularmente Kraepelin y Bleuler, al situarse en el polo opuesto. Mientras estos defendían a ultranza una insondable causa biológica, el neurólogo austríaco abogó siempre en defensa de una causalidad psíquica, cuestión que a la postre resultaría plenamente certera. Por otro lado, mientras que Kraepelin se dedicó a eliminar la paranoia tratando de transmutarla en *dementia praecox* y Bleuler seguía su estela invistiendo a esta con la nominación de *esquizofrenia*, Freud intentó devolver su lugar a la paranoia. Llegó a escribir a Jung: “escribo paranoia y no *dementia praecox* pues considero a la primera un buen tipo clínico y a la segunda un mal término nosográfico”².

La defensa freudiana de la paranoia frente a la esquizofrenia o la demencia precoz toma sus raíces en la importancia que el fundador del psicoanálisis dio siempre al intento de estabilización que la sintomatología aportaba y no sólo a su aspecto de déficit o residuo. La esquizofrenia o la demencia precoz son términos que, desde la psiquiatría, tratan de fundar su existencia exclusivamente en el aspecto deficitario de los síntomas y, precisamente, la paranoia se caracteriza por una estabilización particular que el sujeto ha conseguido gracias a su delirio, evitando, en principio, el deterioro posterior.

Esta idea de concebir el delirio como una tentativa de curación y no como un residuo inane de la propia patología tiene su primera aparición pública en el ensayo que Freud dedicaría a las *Memorias* del presidente Schreber. De esta forma se comprende el anhelo

¹ Maleval, J-C. (2009). *La forclusión del Nombre del Padre*, p. 33: “Lacan se ve obligado a constatar la inexistencia de una tesis sólida en el abordaje freudiano de la psicosis cuando se trata de definir la defensa que en ella interviene”.

² Palomera, V. (2014). *Pioneros de la psicosis*, p. 76.

freudiano de que el psicoanálisis tratara de extraer de las demencias la parte susceptible de explicación y, por tanto, el privilegio otorgado a la paranoia como entidad clínica. Es por ello que Freud considera a la esquizofrenia como el reverso de la paranoia.

Sin embargo, el enaltecimiento que el neurólogo austríaco confiriera a la paranoia no le impidió establecer importantísimas puntualizaciones respecto a la clínica y a la teoría de la esquizofrenia, particularmente en lo que tiene que ver con el corazón mismo de este tipo de locura: la relación que el sujeto esquizofrénico mantiene con el lenguaje y con su cuerpo.

Dichas puntualizaciones fundamentales se condensan entre 1911 y 1915, un período particularmente fructífero a la par que conflictivo. En efecto, en 1911 coinciden la publicación de la monografía de Bleuler sobre el grupo de las esquizofrenias y el análisis del caso Schreber realizado por Freud. Asimismo, las tensiones entre Freud y Jung desembocan en la separación definitiva de ambos a partir de 1912, lo cual conllevará a su vez el cese de intercambios entre la escuela zuriquesa y la vienesa.

Las contribuciones esenciales de Freud para la comprensión de la esquizofrenia se despliegan en tres obras capitales: 1) *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia* (dementia paranoides) *descrito autobiográficamente*, de 1911. Es el análisis del caso Schreber; 2) *Introducción al narcisismo*, de 1914 y 3) *Lo inconciente*, de 1915. Uno de los trabajos más importantes de Freud en el ámbito de lo que él mismo llamó “Metapsicología”.

A lo largo de estas obras se observa cómo la esquizofrenia llega a poner en jaque todo el edificio teórico que hasta la fecha había construido Freud, hasta el punto de que se ve llevado a modificar su teoría pulsional (en *Introducción al narcisismo*) y el propio concepto de inconsciente (en *Lo inconciente*) con el fin de dar cuenta de la esquizofrenia y poder incluirla dentro de la teoría, ya que no de la práctica, psicoanalítica.

Son estas tres obras las que recorreremos ahora.

2. 3. 1: El caso Schreber

Las *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia* (dementia paranoides) descrito autobiográficamente³ de 1911 es la contribución más importante de Freud a la clínica de la paranoia. De forma tangencial se derivarán de aquí nociones fundamentales para la comprensión de la esquizofrenia.

Es el cuarto de los cinco psicoanálisis que Freud publicó y está basado en la obra *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*, escrita por el presidente del Superior Tribunal doctor Daniel Paul Schreber.

El doctor Schreber, diagnosticado de una severa psicosis y de inteligencia sobresaliente, consiguió ser dado de alta judicialmente defendiendo ante un tribunal su nula peligrosidad y la capacidad que poseía para ocuparse por sí mismo de su propia vida. Después de obtener el alta a través del órgano judicial, Schreber publica sus *Sucesos memorables...* donde recoge sus experiencias subjetivas, las cuales han sido descritas como patológicas por la psiquiatría de la época. Este libro ve la luz en 1903 y es del mismo de donde Freud extrae su análisis de la paranoia. El mismo año en que Freud publica su ensayo fallece Schreber.

La obra *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia* (dementia paranoides) descrito autobiográficamente de Freud está dividida en una pequeña introducción y tres capítulos (*historial clínico, intentos de interpretación y acerca del mecanismo paranoico*).

Es imprescindible dar algunas notas sobre el historial clínico de Schreber para comprender el razonamiento de Freud respecto al mecanismo psíquico fundamental en la paranoia y su modificación en la esquizofrenia.

En otoño de 1884, coincidiendo con su candidatura a la cámara baja del Parlamento (Reichstag), le sobreviene su primera enfermedad. Es atendido en la clínica del doctor Flechsig quien diagnostica la patología como un ataque de hipocondría grave. A finales de 1885 el doctor Schreber sana completamente y se reincorpora a su actividad laboral y doméstica. Durante ocho años no se presentan incidentes reseñables.

En junio de 1893 es notificado de su nombramiento como presidente del Superior Tribunal, cargo que comienza a ejercer en octubre de ese año. En ese intervalo le sobrevienen sueños respecto a que vuelve a padecer su anterior afección y en una ocasión, en estado de duermevela, le aparece la representación de “lo hermosísimo que es sin duda una mujer sometida al acoplamiento”. Fantasía que rechaza con gran indignación.

³ Freud, S. (2007). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia* (dementia paranoides) descrito autobiográficamente, en *Obras Completas*, T. XII.

A finales de octubre de 1893 sobreviene la segunda enfermedad. Esta comienza con un marcado insomnio y es trasladado de nuevo a la clínica del doctor Flechsig, donde su estado empeora con rapidez. Estos primeros meses se caracterizan por intensas ideas hipocondríacas⁴.

En 1894 es trasladado al asilo de Lindenhof y, posteriormente, al asilo Sonnenstein, donde permanecerá hasta su alta judicial a finales de 1902.

Después de la intensa fase hipocondríaca de 1893, el doctor Schreber comienza a sentirse perseguido, especialmente por el doctor Flechsig, a quien llama “almicida”. A partir de la psicosis inicial se va destacando cada vez más su cuadro clínico paranoico.

La cristalización de su delirio se expresa en la idea de que el doctor Schreber se considera llamado a redimir el mundo y devolverle la bienaventuranza perdida, pero cree que sólo lo conseguirá después de ser mudado de hombre en mujer. No es que él quiera mudarse en mujer, más bien se trata de un *tener que ser* fundado en el orden del universo al que él no puede sustraerse⁵. La construcción de este delirio toma su base en los trastornos corporales subjetivados por el doctor Schreber⁶.

Freud establece dos puntos esenciales en la clínica del doctor Schreber: el papel de redentor de la humanidad y la mudanza en mujer. Para Freud, la mudanza en mujer (o emasculación) es el delirio primario. Primero es juzgado como un acto de daño y persecución y sólo secundariamente entra en relación con el papel de redentor. Asimismo, la mudanza en mujer estaba destinada al principio a producirse como un abuso sexual y no al fin de propósitos superiores, los cuales sólo aparecen después en el delirio religioso de grandeza. Por ello inicialmente el papel de perseguidor recaía en el doctor Flechsig y sólo después ocuparía Dios ese lugar⁷. Freud señala que la naturaleza primaria de la fantasía de

⁴ *Ídem*, p. 14-15: “Se quejaba de padecer un reblandecimiento del cerebro, decía que pronto moriría [...]. Se mezclaron unas ideas de persecución basadas en espejismos sensoriales [...] a la par que imperaban un alto grado de hiperestesia y gran susceptibilidad a la luz y al ruido. Luego se acumularon los espejismos visuales y auditivos, que, sumados a perturbaciones de la cenestesia, gobernaron todo su sentir y pensar, se daba por muerto y corrompido, por apestado, imaginaba que en su cuerpo emprendían toda clase de horribles manipulaciones [...]. Las inspiraciones patológicas reclamaban al enfermo que, inaccesible a cualquier impresión, permanecía sentado durante horas totalmente absorto e inmóvil (estupor alucinatorio) y por otra parte lo martirizaban tanto que deseaba la muerte: en el baño hizo varios intentos de ahogarse y pedía el cianuro que le estaba destinado. Poco a poco las ideas delirantes cobraron el carácter de lo mítico, religioso [...], veía “milagros”, escuchaba “música sacra” y creía vivir en otro mundo”.

⁵ *Ídem*, p. 17.

⁶ *Ídem*, p. 17-18: “Sostiene haber experimentado en los primeros años de su enfermedad destrucciones en diversos órganos de su cuerpo, que a cualquier otro hombre le habrían provocado la muerte, por él ha vivido un largo periodo sin estómago, sin intestinos, sin pulmones casi, con el esófago desgarrado, sin vejiga, con las costillas rotas, muchas veces se ha comido parte de su laringe al tragar, etc. Pero los milagros divinos (los “rayos”) le habrían restablecido cada vez lo destruido, y por eso dice ser inmortal mientras siga siendo varón. Ahora bien, aquellos peligrosos fenómenos le desaparecieron desde hace tiempo; en cambio ha pasado al primer plano su feminidad”.

⁷ *Ídem*, p. 18-19.

emasculación es probada por la representación que afloró en estado de duermevela sobre lo hermoso que sería ser una mujer sometida al acoplamiento⁸.

El doctor Schreber señala el mes de noviembre de 1895 como el periodo donde se estableció el nexo entre la fantasía de emasculación y la idea del redentor, de forma que se facilita una reconciliación con aquella⁹.

El doctor Schreber considera la “bienaventuranza” estrictamente como un sentimiento de voluptuosidad¹⁰. Los rayos de Dios pierden su intención hostil en cuanto están seguros de asimilarse con voluptuosidad de alma al cuerpo de Schreber. Dios mismo demanda hallar la voluptuosidad con él y amenaza con el retiro de los rayos (y, por tanto, con la destrucción del cuerpo de Schreber) si él se muestra negligente en el cultivo de la voluptuosidad y no puede ofrecer a Dios lo demandado¹¹.

Las dos piezas principales del delirio de Schreber (mudanza en mujer y vínculo privilegiado con Dios) están enlazadas en su sistema delirante a través de la actitud femenina frente a Dios; es por ello que Freud en su ensayo va a tratar de mostrar el vínculo genético entre esas dos piezas¹². Este vínculo genético lo va a encontrar Freud en la homosexualidad inconsciente, que va a ser puesta como la pieza central del mecanismo psíquico productor de la paranoia.

Freud considera que la persona a quien el delirio de persecución atribuye un influjo tan grande es la misma que antes de la enfermedad poseía idéntica significantividad para el paciente, salvo que el sentimiento ha sido transformado en el contrario. Por tanto, el perseguidor odiado es alguien que una vez fue amado¹³. En Schreber esta cuestión se muestra en la figura del doctor Flechsig.

Los sueños previos a la segunda enfermedad (donde Schreber se veía repitiendo la primera enfermedad) junto a la fantasía de ser una mujer en el momento del acoplamiento, le sirven a Freud para establecer la homosexualidad inconsciente¹⁴.

⁸ *Ídem*, p. 20.

⁹ *Ibidem*. “La mudanza en mujer había sido el *punctum saliens*, el primer germen de la formación delirante; demostró ser la única pieza que sobrevivió al restablecimiento y la única que supo asegurarse su lugar en el obrar efectivo del ahora sano”.

¹⁰ *Ídem*, p. 23.

¹¹ *Ídem*, p. 28-29.

¹² *Ídem*, p. 33.

¹³ *Ídem*, p. 40: “La persecución estatuida en el delirio sirve sobre todo para justificar la mudanza de sentimiento en el interior del enfermo”.

¹⁴ *Ídem*, p. 40-41: “Tenemos derecho a inferir que con el recuerdo de la enfermedad despertó también el del médico, y la postura femenina de la fantasía valía desde el comienzo para el médico [...]. Se le instaló enseguida un rechazo indignado de esa fantasía femenina [...]. Pero en la grave psicosis que pronto estallaría, la fantasía femenina se iría imponiendo sin pausa [...]. El enfermo temía un abuso sexual de su médico. [...]. Un avance de la libido homosexual fue entonces el ocasionamiento de esta afección”.

A partir de aquí, Freud va a inferir que la primera sensación de simpatía hacia Flechsig proviene de un proceso de transferencia, por el cual una investidura de sentimiento es, en el enfermo, trasladada de una persona para él sustantiva a la del médico, que en principio le es indiferente. Es decir, que el médico Flechsig es un sustituto de alguien mucho más próximo al enfermo: su hermano¹⁵.

Por consiguiente, para Freud la contracción de la enfermedad de Schreber se produjo por la emergencia de una fantasía de deseo femenina (homosexual pasiva), cuyo objeto era la persona del médico. A esta cuestión la personalidad de Schreber ofreció resistencia y acabó engendrando un delirio de persecución en el que el antaño apreciado (Flechsig) se convierte en perseguidor, mientras que el contenido de la fantasía de deseo (ser una mujer en el momento del coito) pasó a ser el contenido de la persecución¹⁶. Freud generaliza esta deducción en función de la homosexualidad inconsciente para todos los delirios de persecución.

Hay todavía un detalle más. Se trata de la sustitución en el delirio de Schreber de la figura de Flechsig por la de Dios en el lugar del perseguidor. Para Freud, Dios es también el sustituto de una persona muy amada para Schreber y más importante que su hermano: su padre. Freud da mucha importancia a esta sustitución, ya que posibilita que Schreber estabilice su psicosis¹⁷.

En definitiva, Freud ha encontrado algo que aparece como común en todas las formas de paranoia, a saber, la presencia de la homosexualidad inconsciente, que es declinada en diferentes formas según se trate de un delirio de persecución, erotomaniaco o de celos. Sin embargo, para Freud esta cuestión clínica es importante pero no totalmente fundamental. Él quiere extraer la especificidad del mecanismo psíquico de la paranoia, y para ello relacionará en el último capítulo de su ensayo la formación de síntoma y la represión.

Para poder hacer inteligible esta cuestión Freud introduce por primera vez de forma sistemática la noción de narcisismo, el cual define como un estado que atraviesa el camino que va desde el autoerotismo al amor de objeto, consistente en que el individuo - empenado

¹⁵ *Ídem*, p. 44.

¹⁶ *Ídem*, p. 45.

¹⁷ *Ídem*, p. 45-46: “La sustitución de Flechsig por la persona superior de Dios parece significar al comienzo una agudización del conflicto, un acrecentamiento de la persecución insostenible, pero pronto se muestra que ella prepara el segundo cambio y, así, la solución del conflicto. Si era imposible avenirse al papel de la mujerzuela frente al médico, la tarea de ofrecer al propio Dios la voluptuosidad que busca no tropieza con igual resistencia del yo. La emasculación deja de ser insultante, deviene “acorde al orden del universo” [...]. Se ha encontrado un expediente que satisface a las dos partes en pugna. El yo es resarcido por la manía de grandeza, y a su vez la fantasía de deseo femenina se ha abierto paso, ha sido aceptada. Pueden cesar la lucha y la enfermedad. Sólo que el miramiento por la realidad efectiva, entretanto fortalecido, constriñe a desplazar la solución del presente al remoto futuro, a contentarse con un cumplimiento de deseo por así decir asintótico”.

en su desarrollo para sintetizar en una unidad las pulsiones parciales provenientes del autoerotismo -, para ganar un objeto de amor se toma primero a sí mismo, a su cuerpo propio, antes de pasar del autoerotismo a la elección de objeto en una persona ajena¹⁸.

Freud considera el estadio de narcisismo como algo necesario para el desarrollo normal del sujeto. Lo que puede hacer de este estadio algo patológico son las fijaciones a él y las regresiones al mismo desde un punto de desarrollo psicosexual posterior¹⁹. Por ello, para Freud el punto débil en el desarrollo de los sujetos paranoicos se sitúa entre autoerotismo, narcisismo y homosexualidad, los cuales dan cuenta de su predisposición patológica²⁰.

La hipótesis de Freud es que en la paranoia la represión consiste en un desasimiento de la libido de personas y cosas antes amadas. Este desasimiento es mudo y sólo puede captarse en el intento de restablecimiento posterior: el delirio. Es justo por ello que para Freud el delirio en la paranoia es un intento de curación o restablecimiento, ya que a través de él el sujeto trata de nuevo de volver a volcar la libido en las personas y cosas del mundo²¹.

En este punto Freud da un paso más. El desasimiento de la libido de las personas y cosas del mundo, aunque es fundamental en la paranoia, no es lo esencial, ya que dicho desasimiento se presenta en otras psicosis. Es aquí donde Freud va a establecer las diferencias centrales entre la paranoia y la esquizofrenia.

En la psicosis la libido se retrae de las personas y cosas del mundo. Esa libido no se elimina sino que queda libre dentro del aparato psíquico. En la paranoia la libido libre se vuelca en el yo y lo magnifica. De esta forma el paranoico retorna al estado de narcisismo donde el único objeto sexual era el yo propio. Por tanto, la paranoia para Freud consiste en una fijación en el narcisismo y una regresión al mismo desde la homosexualidad²². El matiz que hace Freud, y que en parte marca su diferencia con la esquizofrenia, es que el paranoico - a pesar de la represión - no ha retirado completamente su interés del mundo exterior²³.

En relación a la esquizofrenia, Freud mantiene que lo común con la paranoia reside en el desasimiento de la libido de las personas y cosas del mundo. La diferencia fundamental

¹⁸ *Ídem*, p. 56.

¹⁹ *Ídem*, p. 57-58: "Formulé la opinión de que cada estadio de desarrollo de la psicosexualidad ofrece una posibilidad de *fijación* y, así, un lugar de predisposición. Personas que no se han soltado por completo del estadio del narcisismo, vale decir, que poseen allí una fijación que puede tener el efecto de una predisposición patológica, están expuestas al peligro de que una marea alta de libido que no encuentre otro decurso someta sus pulsiones sociales a la sexualización, y de ese modo deshaga las sublimaciones que había adquirido en su desarrollo. A semejante resultado puede llevar todo cuanto provoque una corriente retrocedente de la libido (*regresión*)".

²⁰ *Ídem*, p. 58.

²¹ *Ídem*, p. 66.

²² *Ídem*, p. 66-67.

²³ *Ídem*, p. 69.

estriba en que la reconstrucción en forma de delirio que caracteriza a la paranoia, y que le permite volver a enganchar la libido en las personas y las cosas, no aparece en la esquizofrenia. Lo que triunfa en la esquizofrenia por tanto no es la reconstrucción delirante sino la propia represión²⁴.

Además, la regresión en la esquizofrenia es mucho más intensa y no se detiene en el estadio de narcisismo, sino en el mismo autoerotismo, que era el estadio primero. Por ello para Freud la fijación predisponente en la esquizofrenia se encuentra más atrás que en la paranoia, no en el narcisismo sino en el autoerotismo, lo cual explica los desenlaces más desfavorables en la evolución de los sujetos esquizofrénicos en comparación con los paranoicos²⁵.

En resumen, en el ensayo sobre el caso Schreber Freud aporta dos cuestiones especialmente fundamentales. En primer lugar, introduce el narcisismo como etapa del desarrollo psicosexual. En segundo lugar, establece las semejanzas y diferencias entre la paranoia y la esquizofrenia.

En la paranoia hay un desasimiento de la libido del exterior (pero no completamente) y ella queda libre en el psiquismo. Como hay una fijación en el estadio del narcisismo, esta libido libre por proceso de regresión vuelve al narcisismo, con lo que se deposita en el yo y lo engrandece. A partir de ahí, debido a que la libido no ha sufrido una retirada completa del exterior, el sujeto puede intentar volcarla en el mundo de nuevo a través de un intento de reconstrucción que toma la forma de delirio.

En la esquizofrenia hay un desasimiento de la libido del exterior (completo) y ella queda libre en el psiquismo. La fijación no está en el estadio de narcisismo sino en el anterior, el de autoerotismo, por ello la regresión de la libido en el sujeto esquizofrénico se produce sobre ese estado primordial del desarrollo. Sin embargo, como la libido se ha desasido en su totalidad del mundo externo, en la esquizofrenia no se producen intentos de reconstrucción delirantes que puedan volcar la libido fuera. Queda en el interior del psiquismo y condena muchas veces al sujeto a un desenlace muy desfavorable en forma de demencia.

No obstante, estos esquemas en Freud no son rígidos. Al contrario, su concepción psíquica de los mecanismos de la paranoia y la esquizofrenia es fluida y él mismo afirma que gracias a ello se pueden comprender las fluctuaciones esquizofrénicas y paranoicas en un mismo sujeto²⁶.

²⁴ *Ídem*, p. 71.

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ *Ídem*, p. 71-72: “Nuestros supuestos sobre las fijaciones predisponentes en la paranoia y en la parafrenia permiten entender sin más que un caso pueda empezar con síntomas paranoicos y desarrollarse hasta una

2. 3. 2: Introducción al narcisismo

En su texto publicado en 1914, *Introducción al narcisismo*²⁷, Freud profundiza en algunas ideas sobre la esquizofrenia y la paranoia, las cuales engloba bajo el epígrafe de “parafrenias”, que había esbozado en su análisis sobre el presidente Schreber.

Dichas profundizaciones provocan la cristalización de un cambio en su teoría pulsional que se venía perfilando desde 1910. Hasta la publicación de *Introducción al narcisismo*, Freud sostenía la división pulsional entre pulsiones sexuales (encargadas de la supervivencia de la especie) y pulsiones de autoconservación (encargadas de la supervivencia del sujeto). Denominaba a la energía de las pulsiones sexuales *libido* y a la de las pulsiones de autoconservación, *interés*.

Con este texto, y especialmente apoyado en la clínica de la psicosis, Freud traza una subdivisión en la partición original que supuso en las pulsiones. Por un lado, agrupa las pulsiones de autoconservación, con su energía conceptualizada como *interés*. Por otro lado, agrupa las pulsiones sexuales, pero aquí se produce la subdivisión. Fracciona las pulsiones sexuales según el tipo de elección de objeto, por lo que por una parte existen las pulsiones sexuales cuya libido se orienta hacia un objeto externo y, por otra, existen las pulsiones sexuales cuya libido se orienta hacia el yo.

Por tanto, la partición de las pulsiones sexuales se produce por la división de la energía libidinal entre libido narcisista y libido objetal. Ahora bien, Freud señala que sólo es posible distinguir entre las pulsiones narcisistas y las objetales cuando estas últimas invisten al objeto; mientras eso no se produce es imposible distinguir las pulsiones narcisistas y las pulsiones de autoconservación. Es decir, es imposible distinguir entre libido narcisista o interés²⁸. Es justamente la clínica de la psicosis lo que le da a Freud el esclarecimiento y la prueba de que dicha distinción es empírica.

Que la clínica de la psicosis prueba esta cuestión va unida a la profundización que Freud realiza respecto a la hipocondría. Esta profundización es capital por dos motivos.

demencia; que fenómenos paranoides y esquizofrénicos se combinen en todas las proporciones, y pueda producirse un caso como el de Schreber, que merece el nombre de *demencia paranoide* [...]. Es que en el desarrollo pueden haber quedado atrás muchas fijaciones, y consentir estas, en su serie, la irrupción de la libido esforzada a apartarse”.

²⁷ Freud, S. (2008). *Introducción al narcisismo*, en *Obras completas*, T.XIV.

²⁸ *Ídem*, p. 74: “Concluimos respecto a la diferenciación de las energías psíquicas, que al comienzo están justas en el estado del narcisismo y son indiscernibles para nuestro análisis grueso, y sólo con la investidura de objeto se vuelve posible diferenciar una energía sexual, la libido, de una energía de las pulsiones yoicas”.

En primer lugar, porque emprende el desarrollo de una exigencia que el mismo Freud se había impuesto en su ensayo sobre el presidente Schreber. En una nota a pie de página Freud escribe lo siguiente: “Sólo consideraré digna de confianza a una teoría de la paranoia si ha conseguido introducir en su nexo los síntomas concomitantes hipocondríacos, de casi regular presencia. Me parece que la hipocondría ocupa respecto de la paranoia la misma posición que la neurosis de angustia respecto de la histeria”²⁹.

En segundo lugar, porque la profundización respecto a la hipocondría va a perfilar el camino del *lenguaje de órgano* propio de la esquizofrenia que desarrollará en su obra de 1915 *Lo inconciente*.

Las puntualizaciones de Freud respecto a la hipocondría comienzan distinguiendo esta de la enfermedad orgánica. La diferencia fundamental estriba en que en la enfermedad orgánica las sensaciones anímicas displacenteras se fundamentan en alteraciones orgánicas comprobables y en la hipocondría esas alteraciones orgánicas son inexistentes³⁰. No obstante, en ambos cuadros se produce el mismo retraimiento de la libido de las cosas del mundo y, por tanto, ambos cuadros sufren de igual distribución de la libido.

A Freud le parece evidente que en la enfermedad orgánica la libido se retraiga del mundo y se acumule en todo lo que tenga que ver con el órgano enfermo. Sin embargo, para comprender por qué eso también ocurre en la hipocondría hay que echar mano del psicoanálisis.

En este punto Freud recurre a su noción de erogenidad³¹, que implica que los lugares del cuerpo - sean cuales sean - pueden sustituir a los genitales y comportarse de forma análoga a ellos³², es decir, aumentando o disminuyendo su excitación. Por tanto, con este supuesto Freud puede formular que a cada alteración en la erogenidad de los órganos le podría corresponder una alteración en la investidura libidinal del yo³³. En otras palabras, en la hipocondría los órganos del cuerpo han tomado el papel sustituto de los genitales y poseen propiedades eróticas de aumento y disminución de excitación. Al aumentar la excitación el displacer se vivencia como si se padeciera una alteración orgánica real y, además, el comportamiento de la libido es análogo al que se produce en una enfermedad física: la libido

²⁹ Freud, S. (2007). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia* (dementia paranoides) descrito autobiográficamente, en *Obras Completas*, T. XII, p. 53, nota al pie n° 38.

³⁰ Freud, S. (2008). *Introducción al narcisismo*, en *Obras Completas*, T. XIV, p. 80.

³¹ *Ídem*, p. 81: “Llamamos a la actividad por la cual un lugar del cuerpo envía a la vida anímica estímulos de excitación sexual, su erogenidad”.

³² *Ibidem*: “Algunos otros lugares del cuerpo -las zonas eróticas- podían subrogar a los genitales y comportarse de manera análoga a ellos [...] Podemos [...] considerar la erogenidad como una propiedad general de todos los órganos, y ello nos autorizaría a hablar de su aumento o su disminución en una determinada parte del cuerpo”.

³³ *Ibidem*.

es retraída de los objetos del mundo y se vuelca en el yo del sujeto, el cual está centrado en el padecimiento de su órgano.

Una vez que ha establecido la esencia de la hipocondría, Freud da el paso que anunciaba en la nota a pie de página de su ensayo sobre Schreber.

Gracias a la distinción entre libido narcisista y libido objetal, Freud equipara en su estructura a la hipocondría y a la angustia, cada una centrada en un grupo de patologías. Es decir, la hipocondría en las parafrenias sería el análogo de la angustia en las neurosis histérica y obsesiva³⁴, de tal forma que la angustia hipocondríaca propia de las parafrenias sería el correspondiente de la angustia neurótica en la histeria y la obsesión. La diferencia estriba en que la angustia hipocondríaca depende de la libido yoica - por ello Freud ha profundizado en su explicación de la hipocondría -, mientras que la angustia neurótica depende de la libido objetal³⁵.

Su último paso en el razonamiento desprendido de este último punto implica que, si la formación de síntoma en las neurosis se conecta con una estasis de la libido de objeto, la formación de síntoma en las parafrenias ha de relacionarse con una estasis de la libido narcisista, que está vinculada a los fenómenos de hipocondría. De esta forma ha logrado responder Freud a su propia exigencia formulada en la nota al pie en su análisis de Schreber.

Queda por responder a una pregunta fundamental: ¿por qué Freud se ve obligado a equiparar la estasis de la libido de objeto en las neurosis con la estasis de la libido narcisista en las parafrenias, y, por tanto, a equiparar angustia neurótica con angustia hipocondríaca?

La respuesta a esta cuestión se bosqueja al principio de este ensayo, donde Freud clarifica los supuestos que ya había presentado en su ensayo sobre Schreber respecto a la paranoia y la esquizofrenia, a saber, la diferencia en el retraimiento libidinal de las cosas del mundo, pero ahora Freud lo presenta entre la neurosis y las psicosis.

Tanto en la neurosis como en la psicosis existe un retraimiento libidinal de las cosas externas, pero la diferencia reside en que en la neurosis ese retraimiento libidinal no rompe el vínculo con las cosas externas, ya que ese vínculo se conserva en la fantasía³⁶. Es decir, la libido retraída no se engancha al narcisismo, sino que sigue estando enganchada a los objetos aunque estos sean fantaseados. Esta cuestión conlleva dos implicaciones. Por un lado la transferencia es posible y, por tanto, el psicoanálisis como terapéutica puede ser eficaz y, por otro, el retraimiento de la libido de los objetos externos a objetos de la fantasía se evidencia por la angustia experimentada por el neurótico.

³⁴ *Ibidem.*

³⁵ *Ibidem.*

³⁶ *Ídem*, p. 72.

En relación a lo que ocurre en la psicosis, el retraimiento libidinal de las cosas del mundo externo no encuentra un enganche en objetos de la fantasía³⁷, sino que esa libido se retrotrae al narcisismo, es decir, vuelve al yo. Tenemos entonces dos consecuencias, la primera es que la transferencia no es posible y, para Freud, el psicoanálisis no puede hacer mucho por estos sujetos; la segunda es que esta retroacción de la libido toma la forma de angustia hipocondríaca experimentada por los psicóticos.

A este respecto Freud añade una cuestión muy valiosa, se trata de los intentos de curación.

En la neurosis el esquema es: retroacción de la libido del mundo externo, esa retroacción se liga a la fantasía y, por el exceso libidinal (estasis), el sujeto experimenta angustia. Para enfrentar esa angustia en la neurosis el sujeto se vale de la conversión (histeria), formación reactiva (neurosis obsesiva) o formación protectora (fobia)³⁸. Estos síntomas son los intentos de curación del sujeto neurótico para poder volcar de nuevo la libido desde la fantasía al mundo externo.

En la psicosis el esquema es: retroacción de la libido del mundo externo, esa retroacción se liga no a la fantasía sino al narcisismo y, por el exceso libidinal (estasis), el sujeto experimenta angustia hipocondríaca. Para enfrentar esa angustia en la psicosis el sujeto se vale de alucinaciones (esquizofrenia) o de delirios de grandeza (paranoia)³⁹. Estos síntomas que se presentan como patológicos en la psicosis son también intentos de curación del sujeto psicótico para poder volcar de nuevo la libido desde su narcisismo (paranoia) o su autoerotismo (esquizofrenia) al mundo externo.

En definitiva, Freud ha realizado un intenso recorrido desde 1911. Ha distinguido la retroacción de la libido del mundo externo en la paranoia (la libido se deposita en el narcisismo) y en la esquizofrenia (la libido se vuelca en el autoerotismo). Debido a ello ha distinguido entre libido objetal y libido narcisista, lo cual le ha posibilitado distinguir el retraimiento libidinal en la neurosis (se mantiene en la fantasía, es libido objetal) y en la psicosis (va hacia el narcisismo o el autoerotismo, es libido narcisista). Esto le ha permitido instituir los efectos que la retroacción libidinal produce en los grandes grupos de patología (en la neurosis provoca angustia y en las psicosis angustia hipocondríaca) y, a su vez, enumerar los distintos intentos de curación que el sujeto puede realizar.

Con todo esto queda perfilado el camino que Freud va a recorrer en el último capítulo de su obra *Lo inconciente*, que constituye la última aportación de peso en el campo de la

³⁷ *Ibidem.*

³⁸ *Ídem*, p. 83.

³⁹ *Ibidem.*

psicosis, particularmente, en el ámbito de la esquizofrenia. La hipocondría y el intento de curación constituirán aquí la brújula.

2. 3. 3: Lo inconciente

La obra *Lo inconciente* se publica en 1915 y constituye una de las aportaciones más valiosas al campo de la metapsicología. Está compuesta por siete capítulos y, para lo que nos interesa, el último capítulo será el que analizaremos aquí.

Debido a la clínica de la esquizofrenia, Freud se va a ver obligado a modificar su teorización sobre el inconsciente precisamente para poder incluir a esta patología. A partir de la referencia al *lenguaje de órgano* y al proceso esquizofrénico de tomar las palabras como cosas reales, Freud va a poder afinar en profundidad la dinámica y la conceptualización de ese concepto central en el psicoanálisis que es el inconsciente. Justamente el capítulo VII de *Lo inconciente* se abre con esa perspectiva⁴⁰.

Desde su análisis de Schreber, Freud había planteado que el mecanismo de la represión en la psicosis consistía fundamentalmente en retirar la libido de las cosas del mundo externo. En *Introducción al narcisismo* generaliza este mecanismo también para la neurosis. La diferencia en la represión para cada grupo de patologías no se encuentra por tanto en el retiro libidinal del mundo externo, sino en el destino de esa libido que queda libre. En la neurosis se vuelca en la fantasía como libido objetal, mientras que en la psicosis se vuelca hacia estadios anteriores del desarrollo psicosexual en forma de libido narcisista. En la paranoia la libido se deposita en el narcisismo y en la esquizofrenia lo hará en el autoerotismo.

Para mostrar la prueba de esta introversión libidinal hacia formas más primitivas en la esquizofrenia, Freud aduce la incapacidad para la transferencia, la inaccesibilidad terapéutica, la repulsa del mundo exterior y el surgimiento de signos de sobreinvestidura del yo propio que caracterizan a estos sujetos⁴¹.

A partir de aquí comienza la nueva innovación que aporta Freud en relación al inconsciente desde la esquizofrenia, puesto que afirma directamente que en la esquizofrenia aparece como consciente mucho de lo que en la neurosis sólo puede pesquisarse en el inconsciente por medio del psicoanálisis⁴².

⁴⁰ Freud, S. (2008). *Lo inconciente*, en *Obras Completas*, T. XIV, p. 193: “Sólo el análisis de una de las afecciones que llamamos psiconeurosis narcisistas [la esquizofrenia] promete brindarnos unas perspectivas que nos acerquen a ese enigmático *Ich* y [...] nos lo pongan al alcance de la mano”.

⁴¹ *Ídem*, p. 194.

⁴² *Ibidem*.

En este punto Freud llama la atención sobre algo que aparece en la esquizofrenia *en sus estadios iniciales*. Se refiere a una serie de alteraciones del lenguaje en las que se observa que una referencia a órganos corporales o a invenciones del cuerpo pasa al primer plano⁴³.

Esta cuestión la ejemplifica Freud a través de un caso presentado por Victor Tausk. Debido a que en esta investigación analizaremos más en profundidad este caso, nos limitaremos a reseñar aquí lo esencial.

Se trata de una paciente esquizofrénica que presenta dos signos clínicos particularmente esclarecedores. Por un lado, la paciente se queja de tener los ojos torcidos [*verdrehen*], lo cual ella misma imputa a la influencia de su novio, al que describe como un hipócrita o simulador [*Augenverdreher*]. Por otro lado, afirma experimentar una sensación de sacudida y, por ello, tiene que ponerse de otro modo [*sich anders stellen*], lo cual también imputa a su novio, ya que según la paciente él le ha hecho creer que es superior a ella, cuando en realidad ella proviene de buena familia y él no. Por tanto, él le ha falseado a la paciente su posición [*verstellen*].

Tenemos entonces unos síntomas que están en plena relación léxica con la pura palabra y no con la cosa real: la paciente tiene los ojos torcidos porque el novio es un hipócrita [*verdrehen* - *augenverdreher*] y tiene que ponerse de otro modo porque él le ha falseado la posición [*sich anders stellen* - *verstellen*].

Esto para Freud es una prueba de que en la esquizofrenia la relación con el órgano se ha constituido en algo que domina todo el contenido de los pensamientos del sujeto. En ese sentido Freud afirma que el dicho esquizofrénico tiene un sesgo hipocondríaco y ha devenido *lenguaje de órgano*⁴⁴.

Para matizar aún más la importancia de este lenguaje de órgano y su constitución meramente homofónica dejando de lado la cosa real, Freud traza una diferencia con la neurosis histérica. Una paciente histérica habría torcido convulsivamente los ojos y habría ejecutado realmente la sacudida, es decir que no sólo la habría sentido. Además, la paciente histérica jamás habría poseído ningún pensamiento consciente sobre todo esto ni tampoco habría sido capaz de exteriorizarlo posteriormente⁴⁵. Freud puntualiza esto para aclarar la afirmación que había hecho anteriormente respecto a que en la esquizofrenia el contenido inconsciente se encuentra accesible directamente en la conciencia.

Hemos de señalar que no es casual la referencia a la hipocondría en el lenguaje de órgano, ya que en *Introducción al narcisismo* Freud había dado un peso fundamental a la hipocondría en el campo de la psicosis.

⁴³ *Ibidem*.

⁴⁴ *Ídem*, p. 195.

⁴⁵ *Ibidem*.

Para esclarecer la génesis del lenguaje de órgano en la esquizofrenia, Freud postula que en la esquizofrenia las palabras están sometidas al proceso primario⁴⁶, el cual gobierna la instancia psíquica de lo inconsciente. Si esto es así, concluye Freud, el síntoma verbal de la esquizofrenia se explica porque predomina la referencia a la palabra sobre la referencia a la cosa⁴⁷.

Esta conclusión modifica el postulado fundamental de Freud, el cual afirma que en la esquizofrenia son resignadas las investiduras de objeto⁴⁸. Ahora para Freud en la esquizofrenia se mantienen las representaciones-palabra de los objetos, ya que es lo que nos muestra el síntoma del lenguaje de órgano. Esto obliga a descomponer la representación-objeto en representación-palabra y representación-cosa⁴⁹.

Es aquí donde la clínica de la esquizofrenia hace modificar a Freud su concepción del inconsciente. Freud deja de lado las hipótesis sobre si las diferencias entre representaciones conscientes e inconscientes se sitúan en diversas transcripciones del mismo contenido en lugares psíquicos diferentes, o si son diversos estados funcionales de investidura en el mismo lugar. Debido al razonamiento anteriormente expuesto ahora para Freud la cosa está clara: la representación consciente es representación-cosa + representación-palabra, mientras que la representación inconsciente es la representación-palabra únicamente⁵⁰.

Con esta nueva conceptualización del inconsciente Freud también varía la noción de represión. En la neurosis ahora la represión se puede entender como un rechazo de traducción. Se rechaza la traducción en palabras que deberían permanecer enlazadas con la cosa y, por ello, la representación en palabras que no se ha investido debido a la acción de la represión queda entonces en el inconsciente como algo reprimido⁵¹.

Entre medias de lo inconsciente y lo consciente se sitúa el preconscious. Si el inconsciente es la representación-palabra y lo consciente es la representación-palabra + la representación-cosa, ¿qué es el preconscious? Pues justo la instancia psíquica que puede enlazar la representación-palabra con la representación-cosa⁵².

Sin embargo, si seguimos la lógica de Freud, aparece un punto oscuro en relación a la esquizofrenia. Si Freud ha definido la represión como un rechazo de la traducción en la

⁴⁶ *Ídem*, p. 196: “[las palabras en la esquizofrenia] son condensadas y por desplazamiento se transfieren unas a otras sus investiduras completamente; el proceso puede avanzar hasta el punto en que una sola palabra, idónea para ello por múltiples referencias, tome sobre sí la subrogación de una cadena íntegra de pensamientos”.

⁴⁷ *Ídem*, p. 197: “El sustituto fue prescrito por la semejanza de la expresión lingüística, no por el parecido de la cosa designada”.

⁴⁸ *Ibidem*.

⁴⁹ *Ídem*, p. 197-198.

⁵⁰ *Ídem*, p. 198.

⁵¹ *Ibidem*.

⁵² *Ídem*, p. 198-199.

representación-cosa de la representación-palabra inconsciente, y además afirma que la represión actúa en la esquizofrenia volcando la libido en la representación-palabra que pertenece al inconsciente, ¿por qué se muestra a cielo abierto en el lenguaje de órgano eso que precisamente debería estar reprimido en el inconsciente? Y con mayor razón cuanto que Freud atribuye a la represión en la psicosis una huida del yo muchísimo más radical que en la neurosis⁵³. En otras palabras, si la nueva conceptualización del inconsciente y la represión son correctas, ¿cómo es que los síntomas de la esquizofrenia en el lenguaje de órgano la contradicen?

Aquí aparece bajo la pluma de Freud la sensibilidad clínica que le caracteriza. Afirma que el lenguaje de órgano en la esquizofrenia, el cual sobreinvierte la representación-palabra que debería permanecer reprimida en el inconsciente, es justo una de las primeras tentativas de curación del sujeto esquizofrénico. Es decir, que este protagonismo consciente de la representación-palabra no forma parte del proceso de la represión, eso ya se ha llevado a cabo. Cuando aparece el lenguaje de órgano en la esquizofrenia es en un momento posterior a la represión, es un síntoma y, por lo tanto, una tentativa de curación⁵⁴.

Por lo tanto, el lenguaje de órgano muestra los empeños por parte del sujeto esquizofrénico para reconquistar el objeto perdido - dicho objeto es consecuencia de la represión -. Por ello puede suceder que con este propósito el sujeto esquizofrénico emprenda el camino hacia el objeto pasando por su componente de palabra. La desgracia en la esquizofrenia es que el sujeto acaba debiendo conformarse después con las palabras en lugar de con las cosas⁵⁵.

Este breve recorrido por el último capítulo de *Lo inconsciente* clarifica de qué forma la esquizofrenia ha contribuido a afianzar el edificio teórico de Freud. La esquizofrenia ha ayudado a captar de forma más precisa en qué consiste realmente el inconsciente y la represión y, además, nos ha legado indicaciones fundamentales para poder comprender las alteraciones corporales de la esquizofrenia a través del lenguaje.

A este respecto nosotros rescatamos las ideas fundamentales que Freud ha ido desplegando en este texto, con el fin tomarlas como brújula para dar cuerpo a una investigación más profunda en este sentido.

El núcleo que nos orientará es: 1) la idea de que las alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia aparecen en sus estadios iniciales; 2) la idea de que las alteraciones del lenguaje en la esquizofrenia están muy centradas en el lenguaje de órgano, por lo que la hipocondría

⁵³ *Ídem*, p. 200.

⁵⁴ *Ibidem*.

⁵⁵ *Ibidem*.

y la cenestesia juegan un papel fundamental; 3) la noción de que el lenguaje de órgano consiste en tomar las palabras como si fueran cosas reales, y 4) la afirmación clínica según la cual el lenguaje de órgano es ya un intento de curación por parte del sujeto esquizofrénico.

2. 4: La forclusión del significante del Nombre del Padre en Jacques Lacan como mecanismo psíquico causal de la estructura psicótica.

Debemos a Jaques Lacan el desarrollo más riguroso y completo que se ha realizado hasta la fecha en el campo de la psicosis, de su clínica y de su mecanismo de producción, de sus efectos y del establecimiento de hitos para orientarnos en la cura analítica con estos sujetos. El apoyo que tomó en los textos freudianos junto con el desarrollo de su teoría sobre el significante han aportado los puntos de guía fundamentales en el continente ignoto que siempre ha supuesto la psicosis.

A diferencia del fundador del psicoanálisis, quien tomó como punto de partida y como desafío explicativo la neurosis, el psiquiatra francés siempre tomó como brújula a la psicosis. Fue con la psicosis con la que se introdujo en el psicoanálisis y fue con la psicosis que Lacan avanzó en los progresos esenciales a los que empujó al propio psicoanálisis.

A lo largo de su enseñanza Lacan descubrió que por la propia naturaleza del significante lo mayoritario deberían ser las estructuras psicóticas, no las neuróticas. La incidencia autónoma del significante sobre el cuerpo convierte al sentido en una construcción imaginaria que no viene dada de antemano. La psicosis muestra sin velos ni disfraces el carácter autónomo, el funcionamiento independiente del significante. Es el significante el que produce la locura al incidir en el cuerpo. El mismo Lacan llegó a enunciar en los últimos años de su enseñanza que todos éramos delirantes. No obstante, hay delirantes clínicamente patológicos y delirantes adaptados al discurso que proporciona cierto lazo social.

La obra de Jacques Lacan es un corpus extenso donde los conceptos que se establecen van cambiando según la perspectiva que este pensador va adoptando a lo largo de sus diferentes épocas. En relación a la psicosis, los textos más centrados en ella son su tercer seminario - precisamente titulado *Las psicosis* - y el escrito *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*. Sin embargo, la cuestión de la psicosis jalona toda la enseñanza de Lacan. Por ello proponemos un recorrido sobre este tema inspirado en la obra de Jean-Claude Maleval *La forclusión del Nombre del Padre*, que ilustra cómo el asunto de la psicosis en Lacan no finaliza al establecer su mecanismo psíquico, sino que se prolonga hasta alcanzar sus últimos desarrollos en los años finales de la vida de Lacan.

2. 4. 1: *Verwerfung* freudiana y *forclusión* lacaniana

Lacan constató la inexistencia de una tesis sólida en Freud respecto al mecanismo psíquico causal de la psicosis. Sin embargo, el propio Lacan toma su punto de partida en un concepto que aparece en muy contadas ocasiones en la obra freudiana pero que, sin embargo, le pone sobre la pista de lo que puede estar causalmente en juego en la psicosis. Nos referimos al concepto de *Verwerfung*, cuya traducción más habitual es “rechazo”, pero un rechazo de una cualidad radical.

La primera aparición de la *Verwerfung* bajo la pluma de Freud se produce en su artículo de 1894 *Las neuropsicosis de defensa*. El fundador del psicoanálisis la describe como una forma de defensa más eficaz y enérgica que la que opera en las fobias y las obsesiones. Consiste en que “el yo rechaza [*verwirft*] la representación insoportable al mismo tiempo que su afecto, comportándose como si la representación nunca hubiera llegado hasta el yo” y posee la propiedad de suscitar una psicosis. Por tanto, la primera referencia de Freud a la *Verwerfung* la caracteriza como un juicio del yo que posee la particularidad de generar una ruptura radical con una realidad imposible de asumir¹, y ya la relaciona tempranamente con la psicosis.

La noción de *Verwerfung* aparece también en *Tres ensayos sobre una teoría sexual* y en *Tótem y tabú*, y, aunque Lacan también los considera, es en el análisis del “Hombre de los lobos” donde el psicoanalista francés encuentra una referencia fundamental de Freud para comprender la *Verwerfung*. En este texto, a propósito de la alucinación del dedo cortado, Freud se refiere a la *Verwerfung* como algo que afecta a una corriente psíquica, antigua y profunda, con respecto a la cual no se podría hablar ni siquiera de un juicio relativo a la realidad de la castración². Freud precisa que el Hombre de los lobos, rechazando el problema de la castración y no queriendo saber nada de él - ni siquiera en el sentido de la represión - se comporta como si “no se hubiera producido ningún juicio sobre la cuestión de su existencia”³. Por tanto, *Verwerfung* y represión parecen ser dos cosas distintas.

En estas coordenadas Lacan introduce como apoyo fundamental para la comprensión de la *Verwerfung* freudiana el artículo del propio Freud, fechado en 1925, *La negación*. Para Lacan este artículo estaría mejor traducido como *La denegación* y constata que en el movimiento mismo de su formulación, la denegación contiene lo que rechaza.

En este artículo Freud postula la existencia de un yo-placer original que no puede distinguir entre lo objetivo y lo subjetivo (no puede reconocer el objeto en cuanto tal), pero

¹ Maleval, J.-C. (2009). *La forclusión del Nombre del Padre*, p. 37.

² *Ídem*, p. 38.

³ *Ídem*, p. 41.

se puede pronunciar sobre sus cualidades. Lo bueno es introyectado, acogido, mientras que lo malo es expulsado, alejado. Esta oposición se articula con el principio de placer. A esta actividad binaria, instauradora de un adentro y de un afuera, le sigue la función del juicio atributivo, que ha de atribuir o negar una propiedad a una cosa⁴.

Es decir, Freud afirma la preeminencia del juicio de atribución sobre el juicio de existencia, contrariamente a lo sostenido por la tradición filosófica. Freud advierte que por sí solo el planteamiento de una denegación implica necesariamente una representación de la cosa negada y, por tanto, la existencia de una afirmación [*Bejahung*] simbólica anterior⁵. Todo juicio de existencia articulado en una negación es secundario a una afirmación previa surgida de un juicio de atribución primitivo.

Para Freud a partir del yo-placer inicial se desarrolla un yo-real definitivo del que emana el juicio de existencia, que es el que debe reconocer o negar la existencia en la realidad de una representación. Este juicio se pregunta por la diferencia o la semejanza entre una representación y una percepción, y le incumbe la tarea de volver a encontrar objetos perdidos que habían aportado una satisfacción real⁶. Estamos en el registro del principio de realidad.

El carácter secundario del juicio de existencia pone de manifiesto a la denegación como una operación intelectual tardía, heredera de una negación más fundamental, que es la procedente de la expulsión primaria constitutiva del afuera e instauradora de la *Bejahung* inicial⁷.

Freud distingue en el origen de la palabra una afirmación que sólo se sostiene en un *no*: toda *Bejahung* se apoya en una negatividad propia⁸. El texto de Freud distingue dos clases de negación: la denegación es una formación tardía, al servicio de la represión, mientras que la negación inherente a la *Bejahung* primaria instaaura la represión primaria. La noción de *forclusión* tiene uno de sus orígenes en este rechazo fundador⁹.

Una *Bejahung* primordial, una admisión en el sentido de lo simbólico, constituye un paso previo necesario para toda posibilidad de represión, cuyo contenido aparece en el campo del significante. Por el contrario, no hay recuerdo posible de lo que fue expulsado fuera de la *Bejahung* inicial; lo malo es rechazado para quedar en lo real, que Lacan define en 1954 como el dominio que subsiste fuera de la simbolización¹⁰.

⁴ *Ídem*, p. 44.

⁵ *Ibidem*.

⁶ *Ibidem*.

⁷ *Ídem*, p. 45.

⁸ *Ibidem*.

⁹ *Ídem*, p. 46.

¹⁰ *Ibidem*.

Es en este sentido que Lacan puede afirmar que lo que no ha llegado a la luz de lo simbólico aparece en lo real¹¹, poniendo como ejemplos la alucinación y el *acting out*. En el mismo texto donde Lacan enuncia esta afirmación, y en las mismas coordenadas, aparece su sentencia más directa sobre la esquizofrenia. Lacan considera que para el esquizofrénico todo lo simbólico es real¹². Afirmación en la que profundizaremos posteriormente y que es la traducción de la afirmación freudiana de que el esquizofrénico trata las palabras como si fueran cosas.

En resumen, este es el punto de partida de Lacan: aislar la noción de la *Verwerfung* freudiana y comenzar a tornarla operativa como mecanismo explicativo de la psicosis. Son los años que transcurren entre 1952 y 1955. Lacan aún no ha logrado conceptualizar la *Verwerfung* como *forclusión*, ya que esta última está ligada ineluctablemente al significante del Nombre del Padre, el cual aún no ha sido destilado. Por tanto, en estas fechas lo característico de la psicosis para Lacan es la *Verwerfung*, que implica una carencia esencial de la represión primaria¹³.

La ambigüedad a la que esto aboca se percibe en la diferencia que establece Lacan en 1955 entre represión y *Verwerfung*: en la psicosis algo ha sido dejado fuera de la simbolización general que estructura al sujeto. Lo reprimido muestra ser dialectizable porque está articulado en lo simbólico, mientras que el surgimiento de lo *verworfen* en lo real deja al sujeto psicótico absolutamente inerme respecto al acontecimiento¹⁴. Además, el significante reprimido retorna bajo una forma cifrada pero legible, mientras que los significantes “rechazados” en la psicosis revierten al sujeto bajo una forma alusiva enigmática¹⁵.

Es decir, existe una ambigüedad en el concepto de *Verwerfung*. Por un lado, se refiere a un proceso primario de expulsión necesario para la estructuración del sujeto. Por otro lado, funda un mecanismo de naturaleza psicótica. Al mismo tiempo se distinguen y se confunden una *Verwerfung* estructurante, originaria y normativa (deducida de lo planteado por Freud en su artículo *La negación*) y una *Verwerfung* patológica, excepcional y psicótica¹⁶.

Esta ambigüedad sólo desaparecerá cuando, en 1958, Lacan pueda establecer definitivamente la relación del segundo tipo de *Verwerfung* con el Nombre del Padre.

¹¹ Lacan, J. (2013). “Respuesta al comentario de Jean Hyppolite sobre la *Verneinung* de Freud”. En *Escritos 1*, p. 369.

¹² *Ídem*, p. 373: “En el orden simbólico, los vacíos son tan significantes como los llenos; parece efectivamente, escuchando a Freud hoy, que es la hiancia de un vacío la que constituye el primer paso de todo su movimiento dialéctico. Es ciertamente lo que explica, al parecer, la insistencia que pone el esquizofrénico en reiterar ese paso. En vano, puesto que para él todo lo simbólico es real”.

¹³ Maleval, J.-C. (2009). *La forclusión del Nombre del Padre*, p. 49.

¹⁴ *Ídem*, p. 51.

¹⁵ *Ídem*, p. 52.

¹⁶ *Ídem*, p. 53.

2. 4. 2: La forclusión del significante del Nombre del Padre

A lo largo de su *Seminario 3* dedicado precisamente a *Las psicosis*, dictado entre 1955 y 1956, Lacan va avanzando para resolver la ambigüedad sobre la *Verwerfung*.

La represión primaria rechaza un elemento que al mismo tiempo constituye su sostén, mientras que el “rechazo” lacaniano propio de la psicosis afecta a un “primer cuerpo significativo” que hubiera debido inscribirse en el campo de la simbolización primordial mediante la *Bejahung*. Si existen esos significantes de base sin los que el orden de las significaciones humanas no se podría establecer, la falla psicótica ha de afectar a algunos de ellos. Es aquí cuando cesa la confusión con la represión primaria, que es la instauradora de estos significantes nucleares¹⁷.

Por tanto, gracias a la introducción de la noción de la falta de un significante primordial, sostén del armazón simbólico, es posible concebir la especificidad de la *Verwerfung* psicótica y distinguirla de la expulsión fundadora del sujeto. La postulación de la falta de un significante primordial Lacan la basa en la clínica, donde observa en el inicio de las psicosis una perplejidad enigmática que sugiere la presencia de una hiancia en el campo significativo¹⁸.

Lo que resta es establecer a qué afecta la *Verwerfung* psicótica. Es lo que lleva a Lacan a interesarse al final de su *Seminario 3* sobre la función paterna y a la que otorgará la propiedad de crear puntos de almohadillado entre significante y significado.

Para que el orden simbólico y la realidad de un sujeto se aseguren y organicen son necesarios un número mínimo de puntos de fijación fundamentales entre el significante y el significado. Si esto se ha dado, el sujeto puede ser llamado normal, pero si no se han establecido o se rompen, estamos en el campo de la psicosis. Los anudamientos instaurados por la función paterna indicarán al sujeto el camino a seguir en la existencia; sin embargo, cuando dichos anudamientos son deficientes, la corriente continua del significante recupera su independencia. Entonces, “eso” se pone a hablar para el sujeto: en el murmullo de las alucinaciones verbales, el significante se expresa por sí mismo¹⁹.

El *Seminario 3* concluye con la primacía del Nombre del Padre como fuente de advenimiento de una estructuración normativa del sujeto y con la traducción de *Verwerfung* por *forclusión*.

¹⁷ *Ídem*, p. 55

¹⁸ *Ídem*, p. 56.

¹⁹ *Ídem*, p. 57.

Por tanto, la primera conceptualización del Nombre del Padre implica comprenderla como aquello que establece vínculos entre el significante y el significado a través de puntos de almohadillado: su función es el anudamiento de elementos heterogéneos (simbólicos e imaginarios) que sostienen el orden simbólico, es por ello que el Nombre del Padre pacifica lo imaginario.

En esta primera época de Lacan el Otro se concibe como completo, es decir, es un sistema cerrado sobre sí mismo y lo que garantiza dicho cierre es precisamente el Nombre del Padre, el cual se concibe como el significante que en el Otro, en cuanto lugar del significante, es el significante del Otro en cuanto lugar de la ley²⁰.

A partir de su análisis del caso Schreber y al concebir al Otro como un sistema que encuentra en sí mismo su propio fundamento siendo el Nombre del Padre el significante que instaaura este cierre autoinclusivo del Otro, Lacan establece que la *forclusión* afecta precisamente al significante del Nombre del Padre. Esto conlleva una concepción de la psicosis en la que la causa se basa en una lesión en el campo del Otro, hay un agujero en él. Dicho agujero es precisamente la falta del significante del Nombre del Padre, el cual no está reprimido sino forcluido. El sujeto no ha simbolizado primordialmente mediante la *Bejahung* este significante, por lo que, al no estar articulado en lo simbólico, el Nombre del Padre surge en lo real. A este proceso es al que Lacan denomina *forclusión del significante del Nombre del Padre*.

Debido a que el Nombre del Padre es considerado como lo que produce puntos de enganche entre lo simbólico (significante) y lo imaginario (significado), la clínica de su forclusión en el desencadenamiento psicótico destaca los trastornos del lenguaje, los cuales se conciben como tentativas de instauración de puntos de detención (en la forma de neologismos, ritornelos, etc.) para remediar el desencadenamiento significativo producido por la carencia del Nombre del Padre que funciona como punto de basta de la significación fálica²¹. Este desamarramiento de lo simbólico tiene plena incidencia sobre lo imaginario, produciendo en el desencadenamiento psicótico la fractura de este registro.

Para comprender cómo es que el psicótico no ha podido simbolizar el significante del Nombre del Padre, Lacan se ve llevado a plantear la metáfora paterna.

La metáfora paterna es una formalización del complejo de Edipo freudiano en la que el significante del Nombre del Padre sustituye al deseo de la madre, que es concebido como el goce directo y sin renuncia del niño con su madre. La sustitución metafórica del deseo de la madre por el significante del Nombre del Padre produce la inscripción de este último en el

²⁰ Lacan, J. (2009). "De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis". En *Escritos 2*, p. 557.

²¹ Maleval, J.-C. (2009). *La forclusión del Nombre del Padre*, p. 94.

psiquismo del sujeto. La madre queda para él interdicta, ocupa el lugar del Otro y cae en el olvido. Al mismo tiempo, el falo le es dado como significado del enigma del deseo de la madre al sujeto, por lo que el sujeto ya no se siente librado a la omnipotencia del capricho materno. Se orientará respecto a la significación fálica, que posee una función de normativización del lenguaje y permitirá al sujeto inscribirse en discursos que constituyen un vínculo social²². Estamos en la estructura neurótica.

Por tanto, la inscripción de la metáfora paterna posee una triple consecuencia para el sujeto: 1) inscribe el significante del Nombre del Padre en su psiquismo; 2) la madre queda prohibida (la función paterna pone un obstáculo frente al goce niño-madre: traza una tachadura sobre el deseo de la madre y se opone a una instauración de una completud imaginaria entre ambos); 3) el falo le es dado como significado al sujeto y otorga la significación fálica. La significación fálica permite interpretar el deseo en el campo del lenguaje, recubriendo la ausencia de saber sobre el sexo. Por ello la metáfora paterna instaaura puntos de almohadillado entre simbólico e imaginario y asegura la significación.

La *forclusión del significante del Nombre del Padre* produce la no operatividad de la metáfora paterna. *Forclusión* en vocabulario jurídico significa que un determinado procedimiento queda anulado por la falta de un requisito previo, es por ello que Lacan elige este término para nombrar al mecanismo causal de la estructura psicótica. Si la metáfora paterna no ha tenido lugar, los procedimientos derivados de ella quedan anulados, no se producen.

Es decir, la *forclusión del significante del Nombre del Padre* impide la inscripción del significante del Nombre del Padre en el psiquismo del sujeto (el registro simbólico - el Otro - queda agujereado, sin el significante fundamental que produce su cierre), el goce directo con la madre queda sin barrera y se vivencia para el sujeto como un goce imposible de dominar y, por último, la significación fálica está ausente, ya que el significante del falo no ha podido ser transmitido al sujeto.

Estos problemas producidos por la falta de la metáfora paterna preparan por un lado las coyunturas de desencadenamiento del sujeto psicótico y, por otro, explican las consecuencias clínicas de dicho desencadenamiento.

En esta época para Lacan el desencadenamiento se produce por el encuentro del sujeto con una coyuntura que llama precisamente al significante del Nombre del Padre. Debido a que no está inscrito, debido a que lo que hay es un agujero fundamental en el registro simbólico producido porque falta el Nombre del Padre, la totalidad del registro simbólico se

²² *Ídem*, p. 83.

desbarata, arrastrando con él al registro imaginario²³. Recordemos que estamos en la época donde para Lacan el Otro es completo, por ello el Otro en la psicosis tiene un agujero (falta el significante del Nombre del Padre). Cuando una coyuntura vital confronta al sujeto con dicho agujero, la psicosis se desencadena.

Las consecuencias clínicas de la *forclusión del significante del Nombre del Padre* también se explican por la inoperatividad de la metáfora paterna. En el desencadenamiento psicótico, al no estar inscrito el Nombre del Padre que produce puntos de almohadillado entre el significante y el significado, se produce la disolución de estos registros: del lado de lo simbólico tenemos el automatismo significante (“eso” habla al sujeto) y destacan los trastornos del lenguaje. Del lado de lo imaginario se produce la fractura de la imagen del cuerpo, mostrado en la regresión tópica al estadio del espejo que afirma Lacan en el caso de Schreber o la fragmentación corporal de la esquizofrenia. A ello se añaden los fenómenos de perplejidad inicial en el desencadenamiento psicótico y la incapacidad del sujeto para otorgar una significación a eso que, significado por el Otro, le hace enigma, ya que carece de la significación fálica dada por el falo. Por último, debido a que no ha habido una barrera contra el goce directo, en el momento del desencadenamiento el sujeto experimenta el deseo del Otro como una voluntad de goce sin límites.

²³ Lacan, J. (2009). “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible sobre la psicosis”. En *Escritos 2*, p. 551-552: “Para que la psicosis se desencadene, es necesario que el Nombre del Padre, *verworfen*, precluido, es decir, sin haber llegado nunca al lugar del Otro, sea llamado allí en oposición simbólica al sujeto. Es la falta del Nombre del Padre en ese lugar la que, por el agujero que abre en el significado, inicia la cascada de los retoques del significante de donde procede el desastre creciente de lo imaginario [...] Pero ¿cómo puede el Nombre del Padre ser llamado por el sujeto al único lugar de donde ha podido advenirle y donde nunca ha estado? Por ninguna otra cosa sino por un padre real, no en absoluto necesariamente por el padre del sujeto, por Un-padre. Aun así es preciso que ese Un-padre venga a ese lugar adonde el sujeto no ha podido llamarlo antes. Basta para ello que ese Un-padre se sitúe en posición tercera en alguna relación que tenga por base la pareja imaginaria *a-a'*, es decir, yo-objeto o ideal-realidad, interesando al sujeto en el campo de agresión erotizada que introduce”.

2. 4. 3: Incompletud del Otro y pluralización del Nombre del Padre

A partir de los años sesenta se produce un giro importante en la enseñanza de Lacan. El Otro, que hasta entonces había sido concebido como una completud, muestra estar afectado de una falta estructural. El Otro deviene incompleto.

Esta incompletud es mostrada por los desarrollos que Lacan realiza sobre la lógica significante del sujeto. Descubre que el sujeto se constituye a condición de sustraerse del lugar del Otro, lo cual produce una falta en este último. El matema S de A tachado $[S(A/)]$ designa un significante exterior al Otro, pero conectado con él y necesario para su constitución²⁴.

Estos desarrollos son paralelos a los cambios paradigmáticos de Lacan, los cuales van otorgando una importancia cada vez mayor al goce. Lacan constata la insistencia de un goce entre el intervalo S_1-S_2 , que va a desembocar en la invención lacaniana del objeto a .

El objeto a designa el objeto primordial del goce y va a ser situado como la causa del deseo. Por tanto, es necesaria la pérdida del objeto a para impulsar la dialéctica del deseo en un movimiento que tiende a buscar el objeto a en el exterior sin encontrarlo nunca. En este sentido Lacan elabora las operaciones de alienación y separación para dar cuenta de esta cuestión. La alienación consiste en la captura significante del sujeto, el cual sólo existe como representado en los significantes del campo del Otro y, por tanto, subsumido a él. En un segundo tiempo la operación de separación produce la apertura de una distancia entre el sujeto (afectado de una falta en ser) y el Otro. Esto conlleva la caída del objeto a y la constatación de una hiancia estructural en el Otro, el cual se presenta incompleto.

Estas dos consideraciones fundamentales (la incompletud del Otro y la invención del objeto a) van a variar la conceptualización del Nombre del Padre y, por tanto, la conceptualización de la forclusión.

Si el orden simbólico demuestra estar articulado alrededor de un agujero porque el Otro es incompleto por estructura, el Nombre del Padre ya no puede constituir la garantía de la completud del Otro. Por tanto, la incompletud del Otro ya no permite concebir al Nombre del Padre como un universal. La única garantía del Nombre del Padre es que a este significante le es inherente una articulación regulada de lo simbólico con lo real²⁵.

Por todo ello, la metáfora paterna queda matizada con estas elaboraciones: esta metáfora interviene para separar a la madre de su producto y produce la caída del objeto a , circunscribe

²⁴ Maleval, J-C. (2009). *La forclusión del Nombre del Padre*, p. 91.

²⁵ *Ídem*, p. 93.

el deseo de la madre y extrae de él al niño. La operación del Nombre del Padre recorta un agujero en el campo del Otro y aporta al mismo tiempo el elemento adecuado para velar esa hiancia. Anudando al sujeto con el lenguaje, lo separa de una confrontación no mediatizada con el deseo del Otro que es generadora de angustia. A la vez, instaura el falo simbólico (significante del goce, de lo que hay que hacer como hombre o como mujer) y el falo imaginario, el cual asegura la clausura de la significación²⁶.

Por tanto, la principal función del Nombre del Padre a la luz de las nuevas elaboraciones de Lacan consiste en hacer posible una coordinación entre el lenguaje y el goce que permita un cifrado de este último²⁷.

La función paterna entonces demuestra ser estrictamente equivalente a la renuncia necesaria al objeto primordial de goce. Es decir, la castración simbólica resulta ser algo saludable y no una amenaza; es la ausencia de la castración simbólica lo que será peligroso.

Al posibilitar la renuncia al objeto *a*, la función paterna asegura la inclusión del falo entre estos objetos *a*, es decir, asegura la conexión del falo con el lenguaje. En otras palabras, el Nombre del Padre asegura el cifrado del goce por el lenguaje y permite la localización del primero en un montaje (el del fantasma) que protege al sujeto de la invasión desbordante del goce.

Si la función principal del Nombre del Padre consiste en poner una brida al goce, en articular lo simbólico con lo real, en permitir el cifrado del goce a través de su localización mediante el lenguaje, entonces las maneras que encuentra el sujeto de realizar esto son muy variadas. Esta es la consecuencia fundamental de estas nuevas elaboraciones de Lacan en lo que se refiere al Nombre del Padre: su pluralización.

Ya no hay un Nombre del Padre universal que asegura la completud del Otro y que marca una única manera normativa en la que el sujeto se elabora en la estructura. No, el Otro por estructura es incompleto, lo que hace perder la universalidad del Nombre del Padre y, además, la función de este significante se ha aligerado hasta su núcleo más fundamental, consistente en cifrar el goce mediante lo simbólico. Sin embargo, se comprueba que este ciframiento el sujeto lo puede realizar de múltiples maneras. De ello se desprende que, al igual que hay numerosos objetos *a*, también hay numerosos Nombres del Padre. Si el sujeto ha podido cifrar su goce a través de lo simbólico, esto implica la presencia del Nombre del Padre, aunque sus formas de presentificación en la estructura sean variadas. De ahí la pluralización de los Nombres del Padre.

²⁶ *Ídem*, p. 101.

²⁷ *Ídem*, p. 102.

En otras palabras, la pluralización del Nombre del Padre concuerda con un acercamiento de su función a la función de los objetos a , cuyo objetivo es destacar que gozar de acuerdo con la Ley supone la aceptación de un sacrificio de goce. Todos los Nombres del Padre son mitos de la pérdida de goce²⁸.

El concepto de forclusión también se verá afectado por estas nuevas elaboraciones. Si al concebir al Otro como completo la clínica de la forclusión del Nombre del Padre destacaba los trastornos de lenguaje, ahora es la ilocalización del goce lo más esencial. Esta idea irá cobrando cada vez más relevancia en la enseñanza de Lacan.

En efecto, si la función principal del Nombre del Padre cuando el Otro deviene incompleto es la coordinación entre lenguaje y goce para cifrar este último, la forclusión del Nombre del Padre impedirá el cifrado del goce y, por tanto, su localización.

En los años sesenta Lacan va a relacionar la dimensión psicótica con la desaparición del intervalo entre S_1 y S_2 . Esto va a producir una solidificación del par significativo primordial cuyo efecto impide la apertura dialéctica. La solidificación de S_1 y S_2 en la *holofrase* implica una no función del falo simbólico que es correlativa de una deslocalización del goce del sujeto psicótico. El goce se torna invasor y la construcción de un delirio es una tentativa de remediar la desvinculación del objeto a y tratar de mantener el goce desbordante dentro de las redes del lenguaje²⁹.

En esta época Lacan define al psicótico como “sujeto de goce” y, a partir de la desaparición del intervalo entre S_1 y S_2 , va a establecer una clínica diferencial entre paranoia y esquizofrenia. El paranoico identifica el goce en el lugar del Otro y su característica esencial implica la solidificación de los S_2 en el lugar del S_1 .

Por su parte, el esquizofrénico está capturado en un cuerpo en el que la función de cada uno de sus órganos le plantea problemas. La característica fundamental del sujeto esquizofrénico es la fragmentación del S_1 en múltiples S_2 que no encuentran una reconstrucción. Posteriormente, al elaborar la formalización de los discursos - los cuales implican el último intento de Lacan para sostener el predominio de lo simbólico (significante) sobre lo real (goce), y se caracterizan por el cifrado del goce a la par que se garantiza el vínculo social - se establecerá que el esquizofrénico no habita ningún discurso establecido. Es decir, el goce deslocalizado de sus órganos no encuentra detención en un discurso que le anude con el mundo social.

²⁸ *Ídem*, p. 103-104.

²⁹ *Ídem*, p. 102.

En definitiva, durante los años sesenta la forclusión del Nombre del Padre ha de entenderse como homóloga a la carencia de un principio regulador que organiza el goce a través del significante. De esta carencia se deriva una pérdida del ordenamiento de la cadena significante que genera su solidificación paranoica y su fragmentación esquizofrénica. También se deriva una falta de aptitud del sujeto para localizar el goce mediante el significante, lo cual implica una dificultad para apaciguarlo³⁰.

2. 4. 4: La forclusión en la última enseñanza: goce Otro y cadena borromea

La última enseñanza de Lacan a partir de los años setenta inaugura el giro más radical que el psicoanalista francés postuló a lo largo de su trayectoria.

Desde su *Seminario 7: La ética del psicoanálisis*, dictado entre 1959 y 1960, el concepto de goce y la categoría de lo real comienzan a cobrar un protagonismo que se verá acrecentado hasta convertirse en las nociones fundamentales a partir de los años setenta, particularmente a partir de su *Seminario 20: Aun*, dictado entre 1972 y 1973.

Este giro radical consiste en pensar el psicoanálisis y todas sus cuestiones asociadas desde una axiomática diametralmente opuesta a la que Lacan planteó al inicio de su enseñanza. Si partió de la primacía de lo simbólico y de la lógica significante, del sujeto como falta en ser y de la simbolización posible de todo lo real, ahora su punto de partida es la lógica del goce, el ser hablante como sustitución del sujeto y la primacía de lo real. Esto no implica la anulación de toda su teorización anterior ni la disolución de sus antiguos conceptos en los nuevos, a la manera de un progreso entendido linealmente. Al contrario, su anterior enseñanza sigue siendo válida y perfectamente aplicable a la clínica. Su última enseñanza afina la anterior y trata de responder a nuevos interrogantes que en la actualidad vemos encarnarse - como por ejemplo la presencia cada vez más marcada del cuerpo en la experiencia analítica -, y también es un intento de resolver los callejones sin salida abocados por la dificultad de lo simbólico para dar cuenta del goce del sujeto humano.

El iniciar la teorización desde una nueva axiomática implica necesariamente el desarrollo de conceptos nuevos y, para lo que aquí nos ocupa, destacaremos dos fundamentales: el descubrimiento del Otro goce y la postulación de la cadena borromea.

A partir de la instauración de las fórmulas de la sexuación en el *Seminario 20*, Lacan puede distinguir el goce fálico y Otro goce.

³⁰ *Ídem*, p. 109.

El goce fálico es en el que se había estado centrando a lo largo de su enseñanza. Es decir, la intervención de la función paterna constituye al cuerpo como desierto de goce y orienta al sujeto hacia el goce fálico, cuyo vehículo es el lenguaje, por lo que el sujeto no encuentra su satisfacción en el cuerpo sino en un fuera-del-cuerpo a través del objeto de la pulsión, el cual se logra por la interposición del significante fálico³¹.

Por tanto, el montaje de las pulsiones está centrado en un plus de goce del que estas extraen su satisfacción sin alcanzar el objeto, sólo se limitan a rodearlo. Esta tensión constituye el goce fálico, localizado fuera del cuerpo en el objeto de las pulsiones. Esta localización fuera del cuerpo vacía el cuerpo propio de goce³². El goce fálico es aquel que está mediado por el lenguaje.

La novedad que aporta la última enseñanza de Lacan respecto al goce fálico pensado desde la importancia de lo real consiste en que el goce fálico no facilita ningún acceso al cuerpo del Otro como tal y, desde el goce fálico, el encuentro sexual sólo se puede efectuar mediante la interposición del significante fálico. Es una de las consecuencias de la afirmación lacaniana *no hay relación sexual*.

Paralelamente a la puntuación sobre el goce fálico, Lacan descubre Otro goce. De este goce pueden testimoniar algunos sujetos en posición femenina y los sujetos psicóticos. El Otro goce pertenece al cuerpo propio, es decir, no está localizado fuera del cuerpo y, si hay alguna localización, esta debe pensarse como situada en el propio cuerpo.

El Otro goce es un goce suplementario, lo que significa que no complementa al goce fálico sino que puede añadirse a él, como un suplemento. Esta cuestión es importante, ya que implica que el Otro goce no está civilizado por el goce fálico, está precisamente fuera de lo simbólico. Debido a no estar mediado por lo simbólico, el Otro goce es inaprensible, indecible y no responde a ningún principio de unificación.

Las pruebas de este Otro goce la tenemos en la experiencia de ciertos místicos (San Juan de la Cruz, Santa Teresa de Jesús...), pero, sobre todo, en los sujetos psicóticos, los cuales afirman sentirse invadidos por voluptuosidades extrañas e indecibles. Precisamente en los psicóticos el surgimiento del Otro goce es correlativo de lo que Lacan llama un *empuje a la mujer*.

Efectivamente, desarrollando las fórmulas de la sexuación, Lacan deduce que LA mujer (entendida como un conjunto universal) no existe, es decir, el significante de LA mujer no puede ser inscrito en el psiquismo ya que es inexistente. En otras palabras, ese significante

³¹ *Ídem*, p. 116.

³² *Ídem*, p. 120.

está forcluido a nivel general. El surgimiento del Otro goce en el psicótico tiende a hacer existir el significante de LA mujer como tal en lo real. En el psicótico, el significante de LA mujer, al estar forcluido en lo simbólico tiende a retornar en lo real³³.

Del descubrimiento del Otro goce y de su testimonio en la psicosis se deducen dos consecuencias. En primer lugar, el Otro goce pone de manifiesto la función de barrera contra el goce del cuerpo que instaura el Nombre del Padre. Debido al límite que el Nombre del Padre impone al goce enganchándolo con el significante fálico, la función paterna sitúa la insatisfacción en el origen del deseo. Pero al mismo tiempo satisface las necesidades de la defensa contra un goce capaz de producir estragos. Instaura una separación frente a las intimaciones del Otro e impide la invasión de un goce sin freno³⁴.

En segundo lugar, el descubrimiento del Otro goce se articula perfectamente con el punto de vista anterior de Lacan, según el cual el psicótico tiene el objeto *a* en el bolsillo. Al no haberse producido la operación de separación que obliga a la caída de los objetos *a*, el goce queda encerrado en el cuerpo y, por tanto, no hay un vaciamiento de goce. Esto es otra forma de nombrar el goce Otro.

El segundo concepto fundamental de la última enseñanza de Lacan que destacamos es la postulación de la cadena borromea, pues tiene importantes consecuencias para la concepción del Nombre del Padre.

A partir del *Seminario 20*, Lacan va a concebir los tres registros constitutivos del psiquismo humano (lo simbólico, lo imaginario y lo real) como estructuralmente independientes y separados entre sí. Ello implica que sólo puede surgir el psiquismo de un anudamiento entre ellos, dicho anudamiento tiene la propiedad especial de ser un anudamiento borromeo. Este tipo de anudamiento tiene la particularidad de que si uno de los lazos se rompe, el resto de anillos se desatan y quedan libres.

La primera forma en la que Lacan concibe la cadena borromea consiste en un triple agujero anudado de forma borromea (pues todos los tres registros se forman a partir de un agujero: no hay Otro del Otro para lo simbólico, $-\emptyset$ para lo imaginario y el *no hay relación sexual* para lo real). Este triple agujero borromeo delimita un cuarto agujero donde se coloca el objeto *a*³⁵.

³³ *Ídem*, p. 121.

³⁴ *Ídem*, p. 122.

³⁵ *Ídem*, p. 127.

El reverso de considerar a los tres registros como independientes y de surgir a partir de agujeros consiste en considerar al Padre como un Uno que no hace más que rodear un agujero, aunque sea un agujero plural. Es decir, el Nombre del Padre ha de estar presente en cada anillo - ya que asegura la consistencia de dicho anillo - porque la falta de uno rompe la cadena.

En este sentido, Lacan puede referirse a lo simbólico, a lo imaginario y a lo real como tres formas del Nombre del Padre³⁶. Es decir, que son los nombres primeros en tanto nombran alguna cosa. De esta forma el Nombre del Padre es reducido por Lacan a su función radical, consistente en “dar un nombre a las cosas con todas las consecuencias que ello comporta, en particular la del gozar”³⁷. La consecuencia de esto es que el Nombre del Padre ya no es sólo privilegio de lo simbólico. Se hace patente cada vez más la absoluta pluralización del Nombre del Padre y la relatividad del mismo.

La última tesis de Lacan respecto al Nombre del Padre data de 1975 y consiste en establecer una equivalencia entre el Nombre del Padre y la cadena borromea³⁸. Esta visión sigue en concordancia con los análisis anteriores, ya que la instauración de la cadena borromea (equivalente al Nombre del Padre) es correlativa a una localización del goce del ser hablante. La diferencia de esta última concepción respecto a las anteriores reside en que se subraya con mucha más claridad e insistencia la necesidad de un elemento situado en posición de excepción en la estructura para la constitución de la misma³⁹.

Ahora bien, la última tesis de Lacan respecto al Nombre del Padre se sitúa en las mismas coordenadas que sus últimos desarrollos sobre el síntoma, los cuales varían la concepción sobre la cadena borromea.

A partir del *Seminario 20* Lacan constata la existencia de *lalengua*, definida como las marcas asemánticas que los sonidos del lenguaje dejan sobre el cuerpo. Estas marcas toman la estructura de letras y la letra, tal y como Lacan la define en los últimos años, es la fijación de un goce sin Otro (sin el registro de lo simbólico). Por tanto, *lalengua* son marcas donde el goce queda fijado sobre el cuerpo estando ausente lo simbólico como tal. A partir de estas marcas el sistema de lo simbólico se erigirá como una elucubración de saber sobre esas mismas marcas.

Teniendo en cuenta estos descubrimientos, en 1975 Lacan elabora el síntoma de una forma completamente diferente. Hasta entonces había definido el síntoma como un efecto

³⁶ *Ibidem*.

³⁷ *Ídem*, p. 128.

³⁸ *Ídem*, p. 127.

³⁹ *Ídem*, p. 129.

invertido del discurso del Otro, sellado a una metáfora, cuyo sentido era posible extraer. Con las aportaciones de *lalengua* y la cadena borromea, Lacan concebirá el síntoma como lo que se sostiene en la letra. Es un puro S_1 que se puede escribir como letra y permanecer fuera del discurso⁴⁰.

Al variar su concepción del síntoma, Lacan varía su grafía y lo escribe como el *sinthome*. En el *sinthome* el acento recae en un núcleo de goce e implica que el síntoma es un elemento necesario de la estructura y, por tanto, imposible de reducir en su totalidad ya que algo en la esencia del *sinthome* escapa al sentido. La consecuencia para el ser hablante es que si el *sinthome* tiene un núcleo incurable, la única salida consiste en asumirlo. Esta asunción del *sinthome* sólo puede producirse si ha habido una modificación de la posición del sujeto respecto a su goce⁴¹, que es lo que intenta conseguir la cura analítica.

Si el *sinthome* se sostiene en la letra y es un elemento necesario de la estructura, la concepción de cadena borromea varía. En 1975 Lacan entiende la cadena borromea no como un anudamiento entre tres elementos agujereados que delimitan en su centro al objeto *a*, sino como una construcción de cuatro elementos que hace surgir el anudamiento borromeo por el entrelazamiento de lo simbólico, lo imaginario y lo real junto con el *sinthome*, por lo que el objeto *a* pasa a ser concebido totalmente como un semblante absoluto y el *sinthome* ocupa el lugar de elemento imprescindible para posibilitar el anudamiento y, por tanto, la localización del goce.

La última consecuencia de esta elaboración en Lacan es que la función paterna toma su soporte en el *sinthome*, ya que la propiedad borromea de la cadena sólo se produce por el cierre de este cuarto elemento⁴². Para que esto se comprenda hay que recordar que es siempre el Uno de la excepción el que localiza el goce y, por tanto, lo que determina la esencia del Nombre del Padre. Sin embargo, ahora el Nombre del Padre es puesto en relación con las letras del *sinthome*, el cual se convierte en indispensable. Nadie puede anudar su estructura salvo por medio de S_1 que fijan un goce ignorado⁴³. De ahí que Nombre del Padre, *sinthome* y cadena borromea sean puestos en una relación de equivalencia.

¿Qué consecuencias implica para la forclusión la última enseñanza de Lacan?

En primer lugar, el descubrimiento del goce Otro aclara de una forma mucho más fina y fundamental que el desencadenamiento psicótico se relaciona innegablemente con una

⁴⁰ *Ibidem*.

⁴¹ *Ídem*, p. 130.

⁴² *Ídem*, p. 132.

⁴³ *Ídem*, p. 133.

deslocalización del goce, ya que la función de barrera contra el goce del cuerpo instaurada por el Nombre del Padre no ha tenido lugar.

En la coyuntura del desencadenamiento psicótico, el ser hablante queda a merced del goce en su forma más pura e invasora debido a que la carencia paterna no ha puesto obstáculo a ese goce sin freno, el cual, si logra ser localizado en un otro imaginario, sentará la vía de la paranoia y, si no, dejará al sujeto expuesto al mordisco voraz al que la esquizofrenia obliga con el propio cuerpo.

Gracias a la distinción entre goce fálico (mediado por el lenguaje) y goce Otro (instaurado fuera de lo simbólico), se puede comprender que en la psicosis el padre real se impone como un perseguidor que trata de gozar sin límites del sujeto, precisamente porque la función simbólica del Nombre del Padre, instauradora del goce fálico, está afectada por una carencia (forclusión) y es incapaz de evitar el encuentro angustiante con el Otro gozador⁴⁴ (sea este imaginarizado en otro o sea el propio cuerpo).

Por otro lado, a la luz de las nuevas elaboraciones del Nombre del Padre y la cadena borromea, el concepto de forclusión, cuya primera acepción - recordemos - hacía énfasis en la exclusión de un significante, tiende a quedar suplantado por la noción de carencia o fallo de anudamiento borromeo. No obstante, estamos de acuerdo con Maleval cuando afirma que si se acepta considerar que los avatares del Nombre del Padre afectan a posteriori al sentido del propio concepto de forclusión, que se desliza desde la exclusión hasta el fallo, no se encontrará obstáculo para mantener la forclusión del Nombre del Padre como causa de la estructura psicótica, aunque su concepción resulte renovada⁴⁵.

Es decir, aunque las nociones de carencia o fallo de anudamiento se impongan porque la forclusión esté asociada a la noción de exclusión y parezca dejar de ser pertinente, en el fondo las nuevas nociones no hacen sino renovar el concepto de forclusión. En efecto, si el Nombre del Padre es equivalente a la cadena borromea y al *sinthome* que posibilita el anudamiento y el surgimiento de dicha cadena, bien puede hablarse de forclusión del Nombre del Padre en la última enseñanza. Lo que varía es la referencia: ya no se habla de una exclusión significativa sino de un desanudamiento o de la carencia del mismo.

En los años cincuenta el Nombre del Padre da cuenta del significante de la Ley, piedra angular del orden simbólico y su forclusión destaca los trastornos del lenguaje y la fractura de lo imaginario.

⁴⁴ *Ídem*, p. 122.

⁴⁵ *Ídem*, p. 134.

En los años sesenta el Otro presenta una hiancia estructural y el Nombre del Padre se convierte en soporte de la misma y simultáneamente aloja el goce en ella. Por ello la clínica de su forclusión va destacando una deslocalización del goce que invade al sujeto de forma parasitaria. No obstante, estas ideas no recusar las desarrolladas en los años cincuenta.

De la misma forma ocurre en los años setenta. Cuando el Nombre del Padre se hace equivalente a la cadena borromea y al *sinthome*, la clínica obliga a concebir la forclusión refiriéndola a la carencia de un anudamiento y a una deslocalización del goce⁴⁶ mucho más clara que en los años sesenta. Sin embargo, estas elaboraciones no eliminan las anteriores.

De todo esto se deduce la función última del Nombre del Padre para Lacan. Un Nombre del Padre totalmente pluralizado, relativo y no necesariamente perteneciente a lo simbólico. Dicha función es la de nombrar un goce y, precisamente por ello, cuando el Nombre del Padre está forcluido revela esta función esencial⁴⁷, ya que la forclusión pone a cielo abierto la invasión de lo real que parasita al sujeto en una deslocalización brutal del goce. Lo cual es especialmente visible en la esquizofrenia, puesto que en ella el goce de *lalengua* se muestra desencadenado atormentando los órganos y el sujeto apenas consigue tratarlo con lo imaginario para localizarlo mínimamente.

Es por ello que la última indicación en relación a la cura y tratamiento de los sujetos psicóticos, la cual se deduce - puesto que no está explicitada - de la elaboración final de la última enseñanza de Lacan que hemos ido desgranando, consiste en una orientación analítica que posibilite el “atemperamiento” del Otro goce⁴⁸, que en el psicótico se presenta deslocalizado.

⁴⁶ *Ídem*, p. 141.

⁴⁷ *Ídem*, p. 146.

⁴⁸ *Ídem*, p. 122-123.

2. 5: El cuerpo en la enseñanza de Jacques Lacan

Si en este punto hacemos una lectura retrospectiva de las cuestiones más esenciales que hemos ido desgranando, podremos observar con claridad la pobreza psicopatológica de las clasificaciones psiquiátricas internacionales en el campo de la esquizofrenia. Su ausencia de apoyo en la descripción fenomenológica aportada por la psicopatología clásica y su intencionado desconocimiento de la causalidad psíquica despejada por el psicoanálisis, obligan a las clasificaciones internacionales a ignorar el automatismo del significante que está en la base de los fenómenos corporales y alucinatorios, así como a desdeñar la función de los delirios como uno de los principales intentos de curación del sujeto frente a la debacle interna que la psicosis provoca.

Debido a que nosotros nos situamos en la perspectiva opuesta, consideramos en todo su valor las aportaciones que la psicopatología clásica y el psicoanálisis han producido respecto a la esquizofrenia. Esto quiere decir que sostenemos la idea de que el automatismo significante en la esquizofrenia es lo que provoca las alteraciones en la vivencia subjetiva del cuerpo. Con el fin de aclarar esta noción nos vemos obligados a recorrer la elaboración lacaniana del cuerpo, ya que dicha elaboración formaliza como ninguna otra la incidencia del significante sobre el cuerpo y, por lo tanto, dilucida las consecuencias del primero sobre el segundo.

2. 5. 1: El cuerpo como imagen

Durante toda la enseñanza de Lacan se sostiene una tesis constante en relación al cuerpo, a saber, que el ser humano no es un cuerpo, sino que lo tiene. Eso quiere decir que el cuerpo es una construcción que el ser humano realiza sobre su organismo a través del lenguaje.

El punto de partida de Lacan consiste en entender esta construcción a través de la imagen especular. Por tanto, la enseñanza de Lacan respecto al cuerpo se inaugura con la demostración de la tesis según la cual, para que haya cuerpo, se necesita un organismo viviente más una imagen¹. Lacan prueba esta idea a través del estadio del espejo².

¹ Castrillo, D. (2011). “El estatuto del cuerpo en psicoanálisis: del organismo viviente al cuerpo gozante”, p. 37. En *Revista Freudiana*, núm. 63 (septiembre-diciembre).

² Lacan, J. (2013). “El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica”. En *Escritos 1*, p. 99-105.

El estadio del espejo es un momento del desarrollo infantil cuya aparición se fecha entre los 6 y los 18 meses. Se caracteriza por el júbilo que el *infans* presenta ante su propia imagen en el espejo, la cual reconoce como propia.

Para explicar este hito del desarrollo, Lacan se basa en dos nociones fundamentales. Por un lado, la prematuración biológica propia del *infans*, cuyo cuerpo nace sin estar desarrollado completamente. La incoordinación motriz y la inmadurez corporal dominan ese organismo que acaba de llegar al mundo. Por otro lado, la existencia en el *infans* de lo que Lacan denomina “cuerpo fragmentado”. El *infans* carece de una localización espacial que distribuya las numerosas sensaciones cenestésicas que acompañan a la vida, carece de una frontera que delimite lo interno de lo externo, por lo que podemos suponer que la vivencia subjetiva del *infans* se caracteriza por una inundación de sensaciones cenestésicas corporales que es incapaz de localizar e integrar en una unidad. En estas condiciones aparece el momento bautizado por Lacan como estadio del espejo.

En ese momento del desarrollo se le presenta al *infans* su propia imagen como unidad reflejada en el espejo. Esa imagen anticipa por tanto una unidad, una totalidad, de la que en esos momentos el niño carece. El estadio del espejo aparece en la frontera de un tiempo donde hay una oposición entre un organismo discordante, no unificado, fragmentado y un cuerpo que como imagen aparece unificado y sin fisuras³. El sentimiento de unidad del cuerpo proviene de una *Gestalt* visual que es externa al *infans*.

Los dos problemas fundamentales que para el *infans* se presentan en el estadio del espejo son, por una parte, la exterioridad de la imagen, la cual al no ser inmediata y situarse fuera de él le obliga a realizar un trabajo de apropiación de la misma, y, por otra parte, la extrañeza que caracteriza a dicha imagen. En efecto, tal imagen es la suya y, al mismo tiempo, la de otro, puesto que el *infans* con su inmadurez biológica y su cuerpo fragmentado se encuentra en déficit respecto de esa imagen de completud y unidad. Es por ello que junto al júbilo del reconocimiento se presenta a la vez la extrañeza. Por tanto, para que el *infans* pueda apropiarse de la imagen propia, debe apropiarse también del sentimiento de extrañeza que le provoca⁴.

La apropiación por el *infans* de su imagen necesita obligatoriamente del apoyo del registro de lo simbólico, del Otro encarnado en los cuidadores más inmediatos del niño. La experiencia muestra que junto al júbilo aparece en el niño una conducta de mirar hacia el adulto cuidador, como si le pidiera una confirmación a este de que esa imagen que percibe

³ Castrillo, D. (2011). “El estatuto del cuerpo en psicoanálisis: del organismo viviente al cuerpo gozante”, p. 37. En *Revista Freudiana*, núm. 63 (septiembre-diciembre).

⁴ *Ídem*, p. 37-38.

es realmente la suya. El Otro, al dirigir palabras que aseguran la identidad del niño con la imagen, le designa al *infans* en lo que le dice un lugar simbólico que le certifica que esa imagen es la suya y que es amable.

Esta instancia simbólica desde donde el *infans* es mirado, hablado y confirmado en su identidad es el Ideal del yo, el cual Lacan distingue del yo ideal, que es la imagen unificada de sí mismo que el sujeto contempla en el espejo⁵. Por tanto, para que se constituya el yo ideal imaginario, para que el sujeto se apropie de su imagen externa respecto a la cual está en déficit, tiene que operar el Ideal del yo simbólico, que designa al sujeto en su identidad y como siendo amable para el Otro⁶. El Ideal del yo posibilita que el sujeto venza la extrañeza connatural a la imagen y, por así decir, se deje engañar.

No obstante, la apropiación de la imagen puede fracasar, lo cual es puesto en primer plano por el sujeto esquizofrénico. Este testimonia sobre algo que se ubica en el campo de la fragmentación corporal (tiene el estómago del revés, se traga su propia laringe, tiene los ojos torcidos...), pero a nivel del organismo no se observa ninguna disfunción. Justo al contrario ocurre en la histeria, donde el sujeto conserva su imagen corporal pero expresa un mal funcionamiento a nivel del organismo (no puede andar, convulsiona...)⁷.

Por otro lado, la inconsistencia inherente a la imagen corporal se hace evidente en fenómenos habituales, tales como la falta de reconocimiento de uno mismo al pasar un rato con la mirada fija sobre la propia imagen en el espejo, los sueños de fragmentación o fenómenos de despersonalización inducidos por angustia o elevado estrés.

El estadio del espejo es introducido por Lacan para dar cuenta de la constitución del yo y del narcisismo. Siguiendo el planteamiento freudiano que define al yo como la proyección en una superficie de la imagen corporal, Lacan profundiza en esta noción mostrando que la contemplación en la superficie del espejo de la imagen unificada del cuerpo es fundamental para la constitución del yo⁸.

Debido a que la propia imagen se encuentra en exterioridad respecto al sujeto que la contempla - implicando de esa forma la existencia de una elevada alteridad en la imagen - y a que esa imagen es extraña, puesto que anticipa una unidad de la que el sujeto carece, el estadio del espejo encarna la célebre frase de Rimbaud “yo es un otro”.

En efecto, en la medida en que el yo se constituye por la identificación a la imagen especular, que se presenta como la imagen de otro caracterizada como un objeto exterior,

⁵ *Ídem*, p. 38.

⁶ *Ibidem*.

⁷ *Ibidem*.

⁸ *Ídem*, p. 37.

Lacan puede sostener que la alienación imaginaria está en el origen de la constitución del yo, ya que el yo se forma por la captura alienante en la imagen del otro⁹.

De esta forma el estadio del espejo introduce tres consecuencias: 1) instaura el narcisismo (el yo) y el sentimiento de identidad por la identificación del sujeto a su yo ideal definido por su imagen en el espejo, el cual está mediado por el Ideal del yo proveniente del Otro; 2) inaugura el registro imaginario a través de la alienación del sujeto a su imagen especular y 3) abre la ambivalencia característica del registro imaginario.

En la medida en que la imagen se presenta al sujeto como propia, produce amor. La imagen de sí mismo aparece como amable, puesto que el cuerpo encuentra allí una unidad, una coherencia¹⁰. Al mismo tiempo, la imagen tiene el valor de un otro que el sujeto no es, tiene un carácter extraño, inquietante, amenazante¹¹. Esta tensión entre el amor y la extrañeza es justo la ambivalencia: cuanto más la imagen se presenta como propia, más se ama; cuanto más extraña se presenta, más hostilidad se experimenta hacia ella¹².

Esta ambivalencia es inherente al registro imaginario. En dicho registro reinan el narcisismo y el yo, y estos no pueden escapar a la tensión que la imagen propia genera en el sujeto, a la vez amable y odiada, a la vez propia y externa.

Esta generalización de la ambivalencia es necesaria porque el sujeto, además de a la imagen propia, también se identifica a una serie de imágenes ideales de sus semejantes. Si la imagen de los semejantes es el espejo donde el sujeto se mira, la relación con ellos transcurre siempre en la tensión entre el amor y la agresividad, al igual que ocurre con la propia imagen¹³: el sujeto ama y admira al semejante porque gracias a él se constituye como yo, pero al mismo tiempo lo odia, pues siempre es aquel que suplanta al sujeto¹⁴.

Para mostrar la incidencia del estadio del espejo, Lacan recurre al *esquema óptico* que diseña a partir de la experiencia de Bouasse, pero introduciendo algunas modificaciones fundamentales. Debido a la importancia que el estadio del espejo tiene en la esquizofrenia, creemos necesario explicar con detalle el esquema óptico diseñado por Lacan.

⁹ *Ídem*, p. 39.

¹⁰ *Ibidem*.

¹¹ *Ibidem*.

¹² *Ibidem*.

¹³ *Ibidem*.

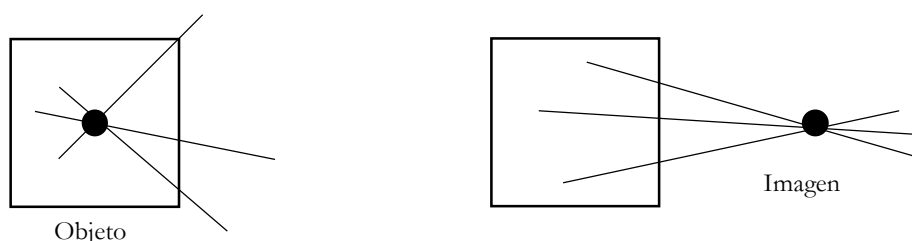
¹⁴ *Ídem*, p. 40.

2. 5. 1. 1: El esquema óptico de Jacques Lacan

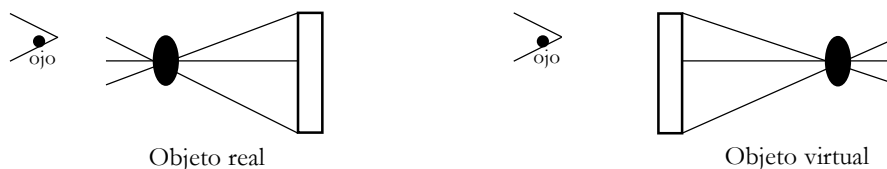
Totalmente en la línea de Freud, quien sugería investigar en la óptica para poder profundizar en nociones tan cruciales para el psicoanálisis como el narcisismo, Lacan se adentra en este campo.

El interés fundamental de Lacan en la óptica reside en la combinatoria recíproca de las imágenes y los objetos en relación con la posición del sujeto (que en los esquemas siguientes siempre se presentará como el ojo del observador)¹⁵.

En óptica el objeto está representado por la intersección de todos los rayos luminosos que convergen hacia un instrumento de óptica, mientras que la imagen está constituida por el punto de intersección de los rayos que parten de él¹⁶.



Si el punto de intersección de los rayos se sitúa delante del instrumento de óptica, el objeto será un *objeto real*; si se sitúa detrás, será un *objeto virtual*¹⁷.



El objeto puede considerarse como un conjunto de puntos luminosos. Por lo tanto, la *imagen real* será el lugar de concentración real de luz, mientras que la *imagen virtual* será el punto de intersección de las prolongaciones de los rayos de luz reales. De acuerdo con su posición, el ojo del observador puede confundir la imagen real con la imagen virtual.

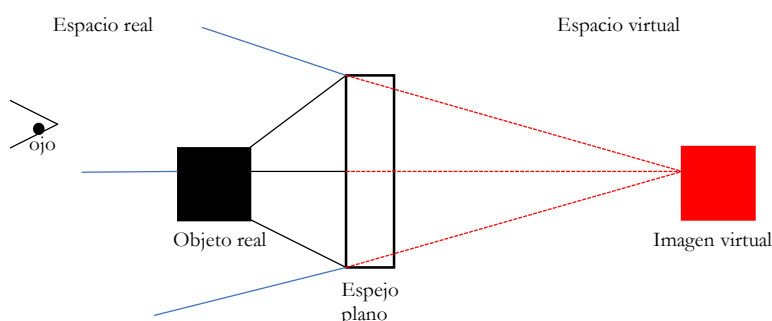
¿Qué es lo que ocurre cuando introducimos un espejo plano? Que los rayos luminosos que parten del objeto real divergen más allá del espejo en un *espacio virtual*, por lo que todo instrumento óptico situado en esa prolongación de los rayos luminosos podrá

¹⁵ Dor, J. (2009) *Introducción a la lectura de Lacan II*, p. 49.

¹⁶ *Ibidem*.

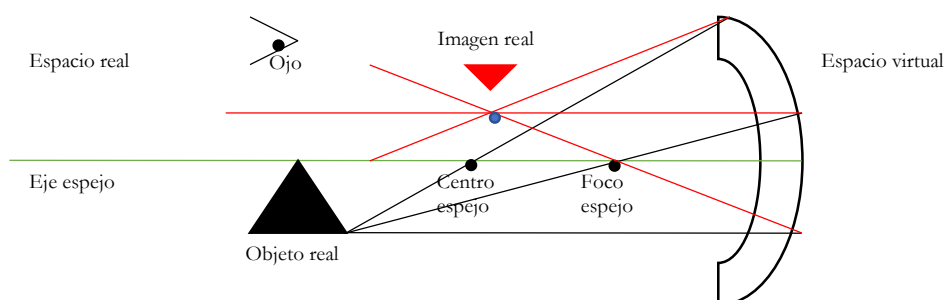
¹⁷ *Ibidem*.

captar esa imagen. Es lo que sucede con el ojo, ya que el cristalino hace converger los rayos divergentes a la retina, donde se forma la *imagen real* del objeto¹⁸.



El ojo opera frente al espejo plano una transformación radical de la imagen. Mientras que el espejo plano brinda una imagen virtual de un objeto real, el ojo forma la imagen real de una imagen virtual¹⁹.

Las cosas son distintas cuando se trata de un espejo cóncavo, ya que en este tipo de espejo las características de la imagen dependerán del lugar donde se encuentre colocado el objeto. Observemos qué ocurre cuando el objeto está alejado tanto del centro como del foco del espejo.

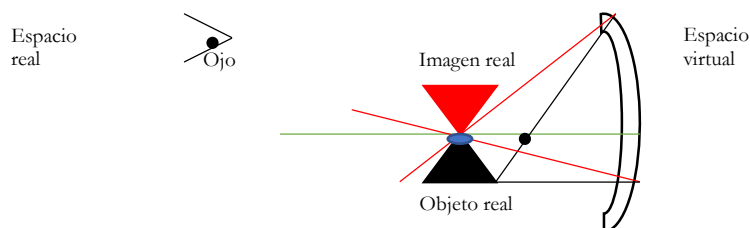


En la figura, la línea verde representa el eje del espejo, las líneas negras son los rayos luminosos que parten del objeto y las líneas rojas son esos mismos rayos cuando se reflejan en el espejo. En este caso, los rayos de luz reflejados se cortan en un punto del espacio real (donde está situado el objeto) y ahí aparece por lo tanto la imagen real del objeto, sólo que es más pequeña que el objeto, está invertida y se encuentra más cerca del espejo que el objeto.

Veamos ahora qué ocurre en el caso que toma Lacan, a saber, cuando el objeto está situado justo en el centro de un espejo cóncavo.

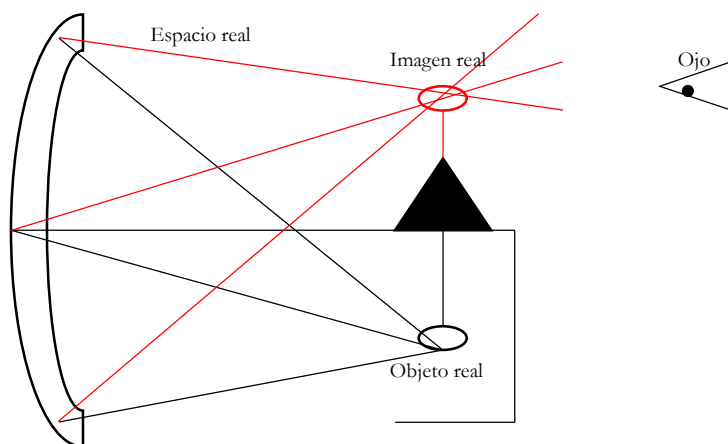
¹⁸ *Ídem*, p. 50.

¹⁹ *Ibidem*.



En este caso la imagen formada también es real, ya que se sitúa en el espacio real, y también está invertida. Sin embargo, es del mismo tamaño que el objeto y está situada a igual distancia del espejo que el objeto.

Este caso escogido por Lacan es justo el que está en la base de la experiencia de Bouasse llamada *el ramillete invertido*. Consiste en que frente al espejo cóncavo se coloca una caja hueca situada en el centro del espejo, en el interior de la caja hay un ramillete de flores. Sobre la caja se coloca un florero. Cuando se ilumina el interior de la caja, los rayos luminosos que emanan del ramillete (objeto real) se reflejan en el espejo y convergen en un punto simétrico respecto del centro de la curvatura. Ahí se forma una imagen real del ramillete. Si el ojo del observador se sitúa en el punto adecuado (frente al espejo y a una distancia apropiada), se produce la ilusión: las flores parecen surgir del cuello del florero.

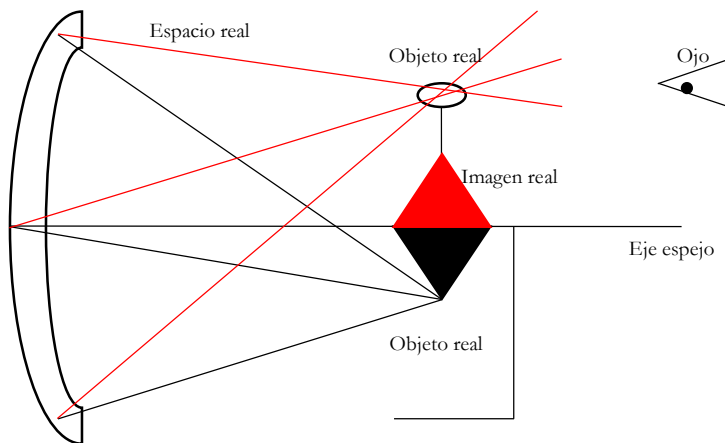


La ilusión del ramillete invertido ilustra cómo se constituye un mundo donde lo imaginario puede incluir lo real y, a la vez, formarlo; donde lo real puede incluir y, a la vez, situar lo imaginario. En este momento, Lacan concibe la caja como el cuerpo propio, el ramillete como los objetos de deseo y el ojo simboliza al sujeto cuya situación está “caracterizada esencialmente por su lugar en el mundo simbólico, el mundo de la palabra”²⁰.

²⁰ Ídem, p. 52.

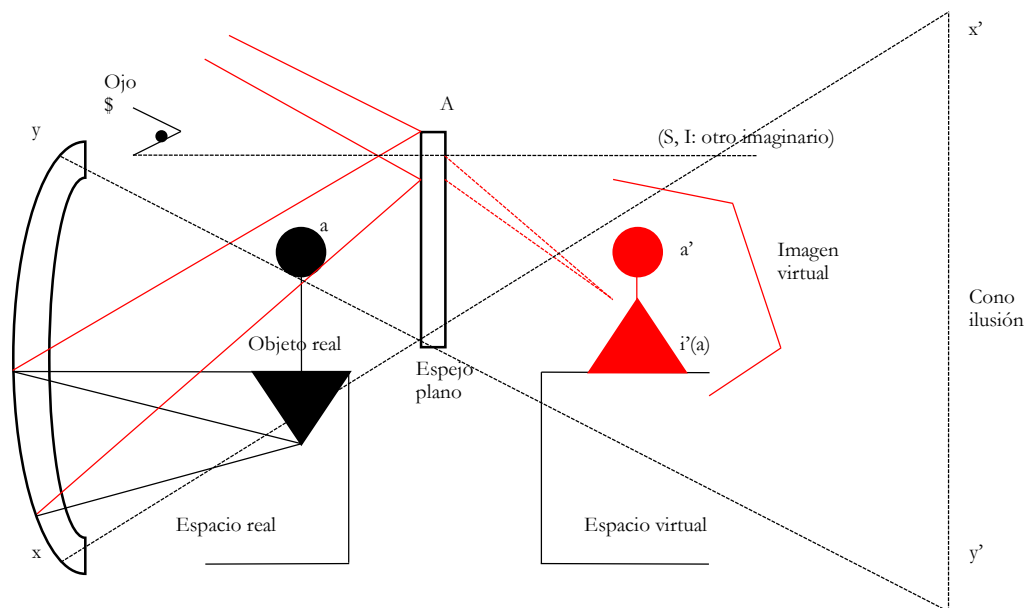
En un momento posterior de la construcción de su esquema óptico, Lacan introduce dos modificaciones que tienen como objetivo mostrar la función del Otro para la adecuación de lo imaginario y lo real.

La primera modificación consiste en situar el florero en el interior de la caja y el ramillete de flores encima de ella. Si el sujeto se ubica adecuadamente, lo que verá será el conjunto de las flores incluidas en el florero sobre la mesa (que será la imagen percibida). Percibirá la totalidad como un conjunto de objetos reales.



Si el sujeto (el ojo en la figura) se desplaza sobre los lados del eje del espejo en uno u otro sentido, la ilusión se romperá y el florero (que es la imagen real) desaparecerá dejando solo las flores. De todas formas, a pesar de que el sujeto se sitúe en el lugar adecuado, la inconsistencia de la imagen que rodea a las flores se puede percibir con facilidad. Por otro lado, la imagen (el florero sobre la caja) desaparecerá si el objeto que da como efecto la imagen real (el florero bajo la caja) no es iluminado adecuadamente.

La segunda modificación que realiza Lacan sobre este esquema consiste en la introducción de un espejo plano. Ahora el observador tiene que estar situado del lado del espejo esférico, al contrario de lo que sucedía en los casos anteriores (en los que se situaba frente a él). De esta forma lo que se verá será el conjunto de flores y florero como imágenes virtuales (ambos) detrás del espejo plano.



En este montaje, el juego de las imágenes y los objetos se invierte. Debido a su situación, el observador ($\$$, el ojo) ya no puede percibir directamente la imagen real como sucedía en el dispositivo anterior. En cambio, se reconstituye la ilusión del florero invertido en la imagen virtual $i'(a)$ que el espejo plano A produce de la imagen real $i(a)$ ausente en este esquema²¹.

El sujeto sólo puede ver, en el espejo plano, dicha imagen real en el estado de imagen virtual porque puede ser reemplazado por un sujeto virtual (S, I , otro imaginario) situado más allá del espejo, en el interior del cono que delimita la posibilidad de la ilusión²².

Es decir, en el lugar mismo en que el sujeto ve su propia imagen, debemos imaginar: “1) que el florero esté en el interior de la caja y que su imagen real venga a rodear con su cuello el ramo de flores ya montado encima; 2) que un observador colocado en algún lugar dentro del aparato (sobre el borde del espejo esférico) fuera de la posibilidad de percibir la imagen real [motivo por el que no está representada en el esquema], trata de realizar su ilusión en la imagen virtual que un espejo plano, colocado en A , puede dar de la imagen real. Bastará, para que el sujeto vea esa imagen en el espejo A , con que su propia imagen se sitúe en el espacio real (al que el espacio virtual engendrado por un espejo plano corresponde punto por punto) en el interior del cono que delimita la posibilidad de la ilusión”²³.

El juego de los espejos y las imágenes recuerda en este montaje la dialéctica del estadio del espejo. Por ello, cuando la inclinación del espejo plano (A) sea modificada por

²¹ *Ídem*, p. 53.

²² *Ibidem*.

²³ *Ídem*, p. 53-54.

alguien, se perderá la imagen del conjunto. Sólo se recuperará si el observador se mueve a su vez para reencontrarla.

Estas cuestiones metaforizan de forma precisa el estadio del espejo, puesto que el sujeto virtual, el otro que somos, está donde hemos visto primero nuestro ego - fuera de nosotros en la forma humana -. El ser humano sólo puede ver su forma realizada, total, el espejismo de sí mismo, fuera de sí mismo²⁴.

El esquema óptico muestra que el sujeto puede sostener la ilusión a condición de situarse en un determinado punto de vista ideal elegido en el Otro (*I* en la figura), que es el lugar donde el sujeto se ve como amable y, por tanto, es el soporte del amor en tanto narcisista. Del modo en que el sujeto se haya situado idealmente en el Otro depende que se produzca el surgimiento de la imagen real (que estaría reflejada en el espejo cóncavo pero que el sujeto no puede percibir por su posición, tal y como se muestra en la figura). *I* es el punto de captura desde donde se sostiene la ilusión y designa la identificación con el rasgo unario del Otro, el cual es una referencia simbólica que es la matriz del Ideal del yo. Esta referencia es la única que sostiene el efecto imaginario que en el núcleo del yo se constituye a partir de una sucesión de yoes ideales y, de ese modo, se efectúa el dominio de la imagen del cuerpo a partir del estadio del espejo²⁵.

En el montaje definitivo que hemos presentado en la última figura, Lacan propone concebir el florero como el envoltorio que representa al cuerpo libidinal en su realidad, sustraído en lo esencial al sujeto. La realidad del florero oculto en la caja escapa al observador, al igual que ocurre con su imagen real²⁶.

A diferencia del florero, las flores (*a*) son aparentes y constituyen un objeto real. Metaforizan la función del objeto parcial, la dispersión de los objetos de deseo que sólo forman un conjunto bajo la forma del ramillete cuando se reúnen en la imagen real del florero (*i(a)*). Ahora bien, el sujeto sólo puede captar esa imagen real *i(a)* en el estado de imagen virtual *i'(a)*, es decir, fuera de sí mismo, en su imagen especular en relación con el otro imaginario²⁷.

El espejo plano *A*, que regula para el sujeto el juego recíproco de la imagen real *i(a)* y de la imagen virtual *i'(a)*, representa el campo del Otro que llama al sujeto al orden de su causalidad significativa. Se confirma la evocación propiamente narcisista del esquema en la

²⁴ *Ídem*, p. 54.

²⁵ *Ídem*, p. 55.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ *Ibidem*.

incidencia recíproca de las imágenes $i(a)$ e $i'(a)$, cuya dialéctica sirve de soporte analógico para la interacción del yo ideal y del Ideal del yo²⁸.

La alienación radical del sujeto $\$$ al pequeño otro que funda la captura narcisista del yo ideal proviene de la obligación que tiene el sujeto de pasar por la imagen especular $i'(a)$ para acceder a la imagen real $i(a)$. Por ello, esa relación especular está bajo la total dependencia del Otro (espejo plano). La regulación de la estructuración imaginaria se efectúa por la mediación del registro simbólico, en este caso por el juego del Ideal del yo metaforizado por la inclinación del espejo plano²⁹.

La consistencia de la ilusión que hace que el sujeto perciba la imagen real a partir de la imagen virtual es totalmente dependiente de la relación con el Otro. Esa percepción depende de su posición respecto de la imagen real, pero también de la inclinación del espejo que comanda la calidad de la imagen³⁰.

Si suponemos que la inclinación del espejo es dirigida por la “voz del Otro”, se pone de manifiesto que lo que determina la posición del sujeto como vidente es la relación simbólica. El lugar donde el sujeto se ve no es el lugar desde donde se mira. Pero si se ve en el Otro, el punto desde donde se mira también se sitúa en el espacio del Otro. Ese punto es justamente aquel desde donde habla³¹.

Si tomamos como referencia el esquema óptico, parece existir una equivalencia imaginaria entre $i(a)$ (que también puede entenderse como libido del yo en tanto cuerpo propio) e $i'(a)$ (que puede ser entendida como libido objetal donde el objeto es el otro). Sin embargo, en el trasvasamiento libidinal del yo al otro subsiste un resto. Ese resto es el que posteriormente Lacan va a formalizar como *objeto a*³². Esta cuestión evidencia un límite en la carga libidinal de la imagen especular.

No obstante, el esquema óptico también metaforiza esta dificultad. Lacan hace notar que en ese trasvasamiento libidinal entre el yo y el otro hay un resto, ese resto es lo que en el esquema óptico está oculto en la caja que sostiene el florero ($i(a)$). Dicho elemento oculto lo designa Lacan con el significante ϕ , a partir de la idea de que ese elemento que constituye el resto en el trasvasamiento narcisista debe de tener su utilidad en lo que al deseo se refiere³³.

Posteriormente, en los años sesenta, Lacan precisará la interacción del *objeto a* y $-\phi$ en el esquema óptico: “esta carga de la imagen especular es un tiempo fundamental de la relación

²⁸ *Ídem*, p. 55-56.

²⁹ *Ídem*, p. 57.

³⁰ *Ídem*, p. 57-58.

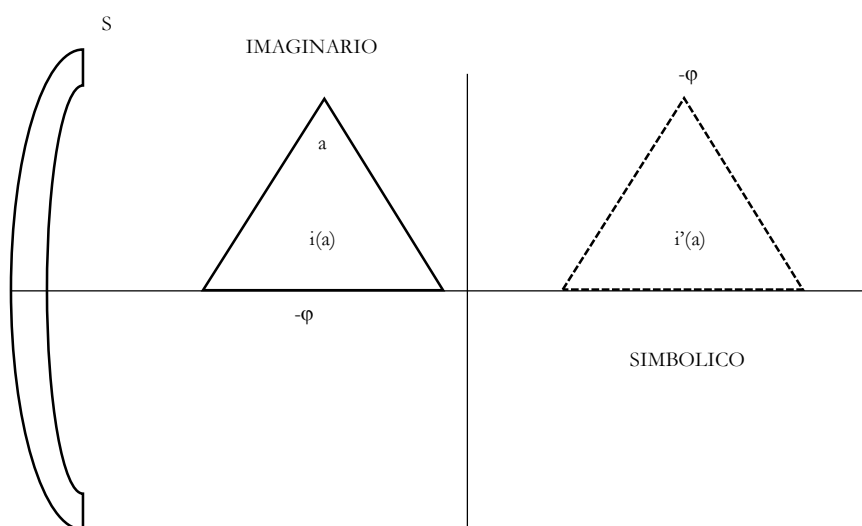
³¹ *Ídem*, p. 58.

³² *Ídem*, p. 60.

³³ *Ibidem*.

imaginaria, fundamental porque existe un límite y es que toda la carga no pasa por la imagen especular. Hay un resto a partir de ahí, en cualquier señalización de lo imaginario, el falo aparecerá bajo la forma de una falta, de un $-\phi$. En toda la medida en que se realiza en $i(a)$ lo que he denominado como la imagen real, la constitución en lo material del sujeto de la imagen del cuerpo que funciona como propiamente imaginaria el falo aparece en menos, aparece como un blanco. El falo es una reserva operatoria, pero que no sólo no está representada en el nivel de lo imaginario, sino que está circunscrita y, para decirlo con propiedad, escindida de la imagen especular³⁴.

Debido a ello, Lacan propone una nueva síntesis de su esquema óptico:



La “reserva” mencionada por Lacan en relación al falo se traduce en el espejo como $-\phi$. Por lo tanto, sólo forma parte de lo imaginario bajo la forma de la falta. Por otra parte, el *objeto a* no aparece en el espejo porque no es especularizable. En consecuencia, no hay imagen de la falta³⁵. El reconocimiento de ese lugar vacío va a ser esencial para aclarar la dialéctica del deseo³⁶, la cual en el psicótico permanecerá inexistente (esquizofrenia) o coagulada (paranoia).

Estas últimas puntualizaciones nos obligan a adentrarnos en el campo del goce.

En efecto, el goce, la pulsión, lo libidinal, existen porque existe un cuerpo viviente capturado por el lenguaje.

³⁴ *Ídem*, p. 61.

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ *Ídem*, p. 62.

El punto de partida de Lacan a través del estadio del espejo no menciona el goce en cuanto tal. Será solo posteriormente que Lacan podrá elaborar diversas aproximaciones al goce: primero desde lo simbólico y después desde lo real.

No obstante, siguiendo las escansiones sobre el goce que Miller realiza en la enseñanza de Lacan, en este punto de partida el goce está situado en lo imaginario aunque no se explicita directamente.

En la primera enseñanza dominada por el cuerpo-imagen el goce para Lacan no procede del lenguaje, sino que está unido al yo como instancia imaginaria. Lacan interpreta el yo a partir del narcisismo y el narcisismo a partir del estadio del espejo. Para Lacan la satisfacción imaginaria (que es donde se ubica el goce en estos momentos) es diferente de la satisfacción simbólica, por ende, Lacan hace entrar en la satisfacción imaginaria todo lo que Freud señala como investido libidinalmente (transferencia, superyó, satisfacción pulsional que cortocircuita el orden simbólico...) Es decir, califica de imaginario todo lo que no puede ubicarse en el rango de la satisfacción simbólica³⁷.

Por ello, en su punto de partida Lacan concibe al goce como disyunto plenamente del significante y, por tanto, de lo simbólico, ya que en estos primeros momentos Lacan no considera aún el campo de lo simbólico como afectado por el goce³⁸.

En esta primera concepción lacaniana se sostiene que cuando la cadena simbólica se rompe, surgen desde lo imaginario los productos del goce³⁹. Por tanto, el goce ubicado en lo imaginario es pensado como un obstáculo para la elaboración simbólica.

Si el goce está ubicado en lo imaginario, su punto de procedencia no es el lenguaje sino el yo, ya que el yo es la instancia imaginaria fundamental. Idea que coincide plenamente con la fórmula freudiana que concebía al yo como reservorio de libido⁴⁰. Es justo por esta noción que Lacan sitúa en sus primeros momentos el goce en lo imaginario y lo concibe como disyunto de lo simbólico. Todo lo que rompe la cadena simbólica toma la forma de una coagulación imaginaria que tiene efectos en el sujeto. Así se entiende la concepción que Lacan tiene en esta época de fenómenos como la alucinación o el acting out.

³⁷ Miller, J-A. (2006). *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*, p. 225.

³⁸ Castrillo, D. (2011). "El estatuto del cuerpo en psicoanálisis: del organismo viviente al cuerpo gozante", p. 40. En *Revista Freudiana*, núm. 63 (septiembre-diciembre).

³⁹ Miller, J-A. (2006). *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*, p. 226.

⁴⁰ Castrillo, D. (2011). "El estatuto del cuerpo en psicoanálisis: del organismo viviente al cuerpo gozante", p. 41. En *Revista Freudiana*, núm. 63 (septiembre-diciembre).

2. 5. 2: Cuerpo simbólico y cuerpo gozante

Dentro de este apartado incluimos los cuatro paradigmas del goce en Lacan que señala Miller posteriores al primero que acabamos de comentar. El segundo paradigma es el de la significantización del goce, el tercero es el del goce imposible, el cuarto es el del goce fragmentado o normal y el quinto es el del goce discursivo.

Para un estudio de mayor profundidad sobre los paradigmas del cuerpo en psicoanálisis, véase muy especialmente la obra del doctor José Ángel Rodríguez Ribas⁴¹.

Para comprender los movimientos de Lacan en relación al goce y sus incidencias sobre la concepción del cuerpo, debemos tener presente la idea invariable que sostiene Lacan respecto al cuerpo: el ser humano no es un cuerpo, sino que lo tiene. El núcleo de esta idea deriva de todo el trabajo que Lacan realiza sobre el concepto de sujeto humano.

Para Lacan el sujeto siempre es sujeto de lenguaje. Es decir, el sujeto que concibe Lacan es un sujeto vacío que necesita de las palabras para ser representado. Precisamente al ser vacío, la esencia del sujeto es una falta de ser; dicha falta se tratará de paliar acudiendo a los significantes, los cuales dan un semblante de ser al sujeto.

Al ser un sujeto vacío y necesitar el intermedio del lenguaje para otorgarse algo del ser, el ser humano se presenta disjunto de su cuerpo. No puede identificar su ser con su cuerpo. Por ello el cuerpo se le presenta al sujeto como un atributo y no como su ser propio⁴².

Que el sujeto lacaniano sea un sujeto vacío se debe fundamentalmente a que el primer efecto del lenguaje sobre el cuerpo es un efecto de desnaturalización, de desvitalización y de mortificación, ya que, cuando el significante captura el organismo humano, lo transforma en un cuerpo que queda afectado de un déficit, de una pérdida que es la pérdida del goce natural de la vida⁴³. Este goce natural es mítico, ya que sólo retroactivamente a partir de la sensación de falta que define al deseo que el ser humano padece éste puede imaginar que alguna vez hubo un goce pleno y total⁴⁴.

El propio Lacan inventa el neologismo *corpsification* (que condensa en francés los términos “cuerpo” y “cadáver”) para dar cuenta de la operación del lenguaje que produce el cuerpo y, a la vez, lo constituye como un desierto de goce⁴⁵.

⁴¹ Rodríguez Ribas, J. A. (2015). *Cuerpos del inconsciente: sus paradigmas y escrituras*.

⁴² Castrillo, D. (2011). “El estatuto del cuerpo en psicoanálisis: del organismo viviente al cuerpo gozante”, p. 42. En *Revista Freudiana*, núm. 63 (septiembre-diciembre).

⁴³ *Ibidem*.

⁴⁴ *Ibidem*.

⁴⁵ Fuentes, A. (2016). *El misterio del cuerpo hablante*, p. 56.

Debido a la acción del lenguaje, en el ser humano ninguna función corporal - por más vital que sea - procura automáticamente el bienestar. Las necesidades del organismo humano y la satisfacción de estas quedan totalmente trastocadas, perdidas en su naturalidad biológica⁴⁶. A causa de su prematuración biológica, el ser humano se ve obligado a pedir para poder satisfacer sus necesidades. Esas demandas son vehiculizadas por el significante, el cual transforma la necesidad obliterándola en su naturalidad biológica⁴⁷.

Las demandas dependen de la lectura de los otros, es por ello que la tendencia biológica originaria queda alienada y desviada de su naturalidad biológica. El lenguaje trastoca las necesidades y las sustituye por el deseo a través de la demanda. Por tanto, el efecto del significante en la demanda es la transformación de un organismo regido por la necesidad biológica en un cuerpo movido por el deseo⁴⁸, y para ello se opera sobre él un vaciamiento de goce.

Esta transformación de la necesidad por el deseo y la desviación que las necesidades sufren respecto a su naturalidad biológica son las pruebas de un segundo efecto del significante sobre el cuerpo, el cual consiste en la introducción de otro modo de satisfacción diferente al modo de satisfacción del instinto. Este otro modo de goce es característico de lo que Freud denominó pulsión.

Por tanto, el significante produce en el cuerpo dos consecuencias. Por un lado, vacía al organismo de goce, lo petrifica y lo desertifica. Por otro lado, introduce otro modo de satisfacción diferente al biológico haciendo existir la pulsión. Este otro modo de goce no coincide ni con la homeostasis del organismo ni con el bienestar⁴⁹.

La pulsión se diferencia del instinto fundamentalmente en que la pulsión es una fuerza constante, mientras que el instinto se define por sus ritmos y hay momentos en los que permanece apagado. Otra diferencia capital reside en que la pulsión no está guiada por finalidades biológicas⁵⁰. De esto se deriva que la pulsión no tiene un objeto predeterminado; es sin objeto y, por lo tanto, puede servirse de cualquier objeto para lograr su satisfacción.

La pulsión tiene estas características porque es un efecto del lenguaje, pues la pulsión es la desviación última de la necesidad por efecto del lenguaje. Lacan llegó a definir la pulsión como “el eco en el cuerpo de la demanda del Otro”⁵¹.

⁴⁶ Castrillo, D. (2011). “El estatuto del cuerpo en psicoanálisis: del organismo viviente al cuerpo gozante”, p. 43. En *Revista Freudiana*, núm. 63 (septiembre-diciembre).

⁴⁷ *Ídem*, p. 44.

⁴⁸ *Ídem*, p. 45.

⁴⁹ *Ídem*, p. 43.

⁵⁰ *Ídem*, p. 46.

⁵¹ *Ídem*, p. 47.

Al mismo tiempo que el significante vacía el cuerpo de goce, recorta ciertas partes del cuerpo donde subsiste un resto de goce. Estas zonas del cuerpo donde el goce se condensa son las zonas erógenas y están localizadas en los orificios del cuerpo⁵².

El Otro erogeniza el cuerpo del niño con sus cuidados, ya que con los cuidados se van entrelazando ciertos significantes que se van imponiendo al niño marcando su cuerpo. Estas marcas significantes producen un efecto de desnaturalización del cuerpo y al mismo tiempo una erogenización del mismo. Es un cuerpo desnaturalizado y a la vez un cuerpo gozante, pues en las zonas erógenas del cuerpo se localiza la satisfacción pulsional. Así, el lenguaje - a través de la demanda del Otro - se articula al cuerpo, concretamente en los orificios de las zonas erógenas, los cuales se convierten en las fuentes de la pulsión. La pulsión trata de obturar estos orificios con objetos parciales⁵³.

Por lo tanto, es por la intervención del Otro, de su demanda, por lo que ciertas zonas del cuerpo se transforman en erógenas. Debido al significante el organismo viviente se convierte en el cuerpo de un sujeto: un cuerpo desnaturalizado, afectado de una pérdida de goce, y al mismo tiempo afectado de un modo distinto de goce que es el de las pulsiones parciales⁵⁴.

En estas coordenadas que Lacan va destilando con su trabajo se inscriben las variaciones que el estatuto del goce va poseyendo en su enseñanza.

La respuesta de Lacan a su primer movimiento que introducía en lo imaginario todo lo libidinal, todo el goce, va a ser la *significantización del goce*. Es decir, Lacan va a tratar de trasponer todo lo imaginario libidinal en lo simbólico⁵⁵. Esta es la esencia del segundo paradigma lacaniano sobre el goce.

Este segundo paradigma está basado fundamentalmente en el primer efecto que el significante posee sobre el organismo humano, es decir, está basado en el vaciamiento del goce.

La significantización del goce consiste en mostrar que todo el goce puede ser metabolizado por lo simbólico, de esa forma el goce llegaría a ser equivalente al significado de una cadena signifiante inconsciente cuyo vocabulario sería la pulsión. Es la concepción que Lacan tiene en ese momento del deseo, que se caracteriza por ser un goce mortificado pasado al significado⁵⁶.

⁵² *Ídem*, p. 46.

⁵³ *Ídem*, p. 47-48.

⁵⁴ *Ídem*, p. 48.

⁵⁵ Miller, J-A. (2006). *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*, p. 227.

⁵⁶ *Ídem*, p. 229.

Por ello Lacan escribe en esa época la pulsión a partir de la demanda y muestra el vaciamiento del goce a través del falo, que pasa de ser un órgano integrado en la imagen del cuerpo a ocupar el lugar del significante del deseo. Por tanto, el falo, al igual que otras nociones, abandona su estatuto imaginario para incorporarse a lo simbólico⁵⁷.

Si en el primer paradigma se observaba una disyunción entre el significante (simbólico) y el goce (imaginario), en este segundo paradigma hay una comunión entre ellos, ya que ambos - significante y goce - habitan el mismo continente formado por el registro de lo simbólico.

Sin embargo, debido al desarrollo de su teoría que siempre permaneció al nivel de la clínica, Lacan constata que ni todo el goce puede ser contenido en lo imaginario ni puede ser pasado en su totalidad a lo simbólico. Aquí acontece el tercer movimiento de su enseñanza en relación al goce y que Miller ha denominado como el paradigma del *gocce impossible*.

El tercer paradigma es el primer acercamiento de Lacan hacia la unión del vaciamiento del goce producido por el significante con la recuperación de este a partir de la pulsión. Para ello sitúa el lugar del goce en lo real y elabora todo su desarrollo sobre el *Das ding* freudiano.

Das ding significa para Lacan que la satisfacción pulsional no se encuentra ni en lo imaginario ni en lo simbólico, sino que está fuera de lo simbolizado y es del orden de lo real. Lo que implica que tanto el orden simbólico como la relación imaginaria se alzan contra el goce real para contenerlo⁵⁸.

En este tercer paradigma el goce es situado fuera del sistema siendo estructuralmente inaccesible; la única forma de acceder a él es a través de la transgresión. Sólo a través de la transgresión el cuerpo vaciado de goce puede recuperar algo de éste. Por tanto, el tercer paradigma vuelve a ilustrar una profunda disyunción entre significante (registros simbólico e imaginario) y goce (registro de lo real)⁵⁹.

Como puente entre el tercer paradigma y el cuarto se sitúa la elaboración que Lacan realiza del *objeto a*, el cual va a mostrar su operatividad en el cuarto y el quinto paradigmas.

El cuarto paradigma, que Miller denomina el paradigma del *gocce fragmentado o normal*, se sitúa en el *Seminario 11*. Aquí ya no se presenta un goce masivo sólo accesible por transgresión, sino un goce fragmentado en *objetos a* que está situado en un huequito. El acceso

⁵⁷ *Ídem*, p. 228.

⁵⁸ *Ídem*, p. 230.

⁵⁹ *Ídem*, p. 232-233.

a este goce fragmentado se realiza por el movimiento de la pulsión que viene y va. Por tanto, el goce se presenta como algo alcanzado a través de un circuito de ida y vuelta⁶⁰.

La distinción fundamental del cuarto paradigma respecto al tercero reside en que Lacan rechaza la separación entre el significante y el goce y forja una articulación estrecha entre ambos. Ahora el goce no es un agregado, sino que está integrado en el funcionamiento significativo porque es afín a él⁶¹, aunque siga situado en lo real.

La articulación entre el significante y el goce en este cuarto paradigma viene dada por las operaciones de alienación y separación, las cuales ilustran de una manera más fina y elaborada la unión entre el vaciamiento del goce del cuerpo y su recuperación a partir de la pulsión.

La *alienación* es una operación lógica con la que Lacan trata de dar cuenta de la constitución del sujeto en el campo del lenguaje. El sujeto aliena su ser en el significante y, por tanto, se constituye como conjunto vacío, como falta en ser, quedando totalmente fagocitado en los significantes del Otro. El precio que se paga es la petrificación, el sujeto queda vaciado de goce y totalmente petrificado en el significante. El sujeto se constituye en el lenguaje, pero a cambio paga un precio que es la pérdida del goce de la vida regulado por los instintos. Es decir, el lenguaje hace nacer al sujeto, pero le hace nacer muerto, habiéndole matado la vida (el goce)⁶².

La segunda operación es la *separación*, que es complementaria a la alienación. La separación es una operación por la que el sujeto recupera algo del goce que había perdido en la alienación al lenguaje. Esta recuperación se produce por el objeto *a*, que es el elemento de goce pulsional que responde a la pérdida de goce introducida por el significante⁶³.

En estos momentos Lacan concibe el objeto *a* como una pérdida que afecta al cuerpo. Los objetos *a* son trozos de carne de los que el cuerpo se separa, dejando un agujero que condiciona todas las apetencias, sean del tipo que sean⁶⁴.

Por tanto, la separación implica la caída de los objetos *a* que en el *Seminario 11* Lacan reduce a cuatro: pecho, excremento, mirada y voz. El falo también ocupa un lugar en la serie de objetos *a*, pero es un lugar particular.

En la separación, el sujeto se desprende de esos objetos *a*, cuya fuente son los orificios del cuerpo, para responder a la mortificación introducida por la alienación. Al

⁶⁰ *Ídem*, p. 234.

⁶¹ *Ídem*, p. 235.

⁶² Castrillo, D. (2011). "El estatuto del cuerpo en psicoanálisis: del organismo viviente al cuerpo gozante", p. 48. En *Revista Freudiana*, núm. 63 (septiembre-diciembre).

⁶³ *Ídem*, p. 48-49.

⁶⁴ Fuentes, A. (2016). *El misterio del cuerpo hablante*, p. 74.

desprenderse estos objetos, se crea un vacío en torno a las zonas erógenas donde la pulsión realizará su circuito de ida y vuelta rodeando dicho vacío. En este circuito pulsional el sujeto recupera algo del goce corporal que había sido vaciado con la alienación.

Hay que señalar que la recuperación de este goce que otorga la separación se localiza fuera del cuerpo. En efecto, la separación ha posibilitado el desprendimiento de los objetos *a*, por lo que el sujeto abre una brecha en su alienación significativa y busca esos objetos fuera del cuerpo, puesto que los ha cedido en la operación de separación.

Los objetos *a* funcionan como la causa del deseo, es decir, son los que ponen en marcha el movimiento del deseo al desprenderse del cuerpo. La causa del deseo no es aquello a lo que el deseo apunta, no son los objetos deseados o deseables, sino los objetos perdidos, pedazos separados del cuerpo que quedaron atrás y permiten que el sujeto desee⁶⁵. El objeto causa no es deseable, causa el deseo, pero no es deseable, y los innumerables objetos deseados son el ropaje fantasmático de las cinco formas del objeto *a* que lo causan⁶⁶.

Por tanto, en el cuarto paradigma del goce se especifica que por efecto del significante hay una pérdida de goce (alienación), es por ello que cierto goce puede ser restituido en una especie de compensación (separación) fuera del cuerpo por el movimiento pulsional de ida y vuelta en torno a un vacío situado en las zonas erógenas⁶⁷.

El quinto paradigma, denominado por Miller como *goce discursivo*, representa el último intento de Lacan para pensar juntos el significante y el goce. Miller le da este nombre debido a que este paradigma encuentra su cénit en la estructura de los cuatro discursos desarrollados por Lacan en su *Seminario 17*.

Lo que Lacan denomina discurso son las operaciones de alienación y separación unificadas⁶⁸. Esto va a permitir a Lacan afirmar que hay una relación primitiva del saber, de los significantes, con el goce. La relación entre los significantes y el goce no se establece en un segundo tiempo (que en el cuarto paradigma sería el tiempo de la separación), sino que es primitiva y originaria. No es opuesta, como lo simbólico y lo imaginario (primer paradigma), no es la significantización del goce (segundo paradigma), ni tampoco es lo que se alcanza por una transgresión (tercer paradigma) ni por el desvío de la separación (cuarto paradigma). La relación con el goce es intrínseca al significante, y Lacan destaca la repetición como repetición de goce⁶⁹.

⁶⁵ *Ídem*, p. 75.

⁶⁶ *Ibidem*.

⁶⁷ Castrillo, D. (2011). "El estatuto del cuerpo en psicoanálisis: del organismo viviente al cuerpo gozante", p. 49. En *Revista Freudiana*, núm. 63 (septiembre-diciembre).

⁶⁸ Miller, J-A. (2006). *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*, p. 239.

⁶⁹ *Ibidem*.

El quinto paradigma explota la idea de que al mismo tiempo que el goce está prohibido, puede ser dicho entre líneas. El significante, por tanto, no vehiculiza simplemente el sujeto tachado y el sujeto que falta, sino también el goce como objeto perdido. Este paradigma descansa en una equivalencia entre el sujeto y el goce⁷⁰.

El progreso del quinto paradigma sobre el cuarto reside en que existe una determinación de lo que es el ser previo a la puesta en marcha del sistema significante. Se trata de un ser de goce, de un cuerpo afectado por el goce. Lacan subraya que el punto de inserción del aparato significante es el goce. Este punto de inserción no había sido mencionado hasta entonces, por lo que obligaba a una sustitución del cuerpo vivo por el sujeto, ya que se asumía un funcionamiento autónomo del orden simbólico.⁷¹

Hasta el quinto paradigma el problema era la captura del cuerpo por lo simbólico, pero ahora la idea es que el aparato significante se inserta en el goce, por lo que este se presenta como la condición para que pueda emerger el significante. Debido a ello Lacan plantea que el significante es aparato de goce, contrariamente a toda noción de autonomía de lo simbólico⁷².

La renuncia a la autonomía de lo simbólico se cumple en su totalidad en el quinto paradigma. La fórmula de Lacan “hay una relación primitiva del saber con el goce” implica que lo que se vehiculiza en la cadena significante (en lo simbólico) es el goce⁷³.

La relación primitiva de lo simbólico con el goce es doble. Por un lado, hay una anulación, una mortificación del goce, que es concebida como un gasto de goce, situada como efecto del significante. En el cuarto paradigma la pérdida de goce afecta a la vida y se considera que esta pérdida es connatural a la naturaleza de la vida sexuada misma. Sin embargo, en el quinto paradigma esta pérdida de goce no se debe a la vida sino a un efecto del significante⁷⁴.

Por otro lado, a esta pérdida responde un suplemento de goce. Lacan introduce el objeto *a* no sólo como pérdida corporal en la separación, sino como plus de goce, el suplemento que trata de colmar la pérdida de goce que el propio significante ha producido⁷⁵. Sin embargo, esa pérdida nunca se colma, por lo que se condiciona la repetición una y otra vez sobre los objetos *a* que aparecen como suplementos de la pérdida.

⁷⁰ *Ídem*, p. 251.

⁷¹ *Ibidem*.

⁷² *Ibidem*.

⁷³ *Ibidem*.

⁷⁴ *Ídem*, p. 252.

⁷⁵ *Ibidem*.

El goce fálico, que es entendido como el goce paradigmático, queda prohibido y es suplido por algo, por el goce del plus de gozar que no cesa de repetirse. Esta repetición está producida por el desfasaje entre la falta de goce y su suplemento (objeto *a*), lo que constituye el principio de la repetición como forma fundamental del significante⁷⁶.

Lo que implica la noción de plus de gozar es que, como se trata de colmar, pero no se llena nunca la pérdida de goce, la lista de los objetos *a* se amplía. El objeto *a* ya no está ligado al repertorio natural de las pulsiones con sus cuatro objetos, sino que la lista se extiende a todos los objetos de la sociedad que causan el deseo y tratan de taponar la falta de goce aunque sólo sea por un instante, ya que la repetición no se detiene⁷⁷.

En definitiva, en el quinto paradigma el orden significante es impensable sin su conexión con el goce, por lo que donde hasta entonces había habido sujeto tachado, falta en ser, ahora habrá goce perdido. En otros términos, lo que hizo Lacan hasta el quinto paradigma apuntaba a una lógica autónoma del significante, trascendente del cuerpo. En el quinto paradigma existe un retorno al cuerpo que implica una nueva lógica⁷⁸ donde lo simbólico no es autónomo ni trascendente al cuerpo. Esto va a llevar a un desarrollo completamente nuevo en la teoría de Lacan con su último paradigma del goce.

2. 5. 3: El cuerpo de *lalengua*

El sexto y último paradigma de Lacan sobre el goce Miller lo ha denominado el paradigma de *la no relación*, ya que su característica central es precisamente presentar la no relación entre los conceptos fundamentales que Lacan había ido manejando. Este sexto paradigma tiene su inicio en el *Seminario 20* y abarcará hasta el final de la enseñanza de Lacan.

Lacan invierte los axiomas de los que había partido a principios de los años cincuenta. En este sexto paradigma Lacan comienza por el goce, cuando su punto de partida clásico había sido el lenguaje y la palabra como comunicación dirigida al Otro⁷⁹.

Este nuevo punto de partida sobre el goce lleva a cuestionar el concepto de lenguaje y la palabra como comunicación. La consecuencia de este cuestionamiento va a ser la demostración por parte de Lacan de que el lenguaje y la palabra son secundarios y derivados de algo que está separado de ellos, es decir, del goce. Es cierto que en el quinto paradigma Lacan había establecido una relación originaria entre significante y goce, pero a pesar de esta

⁷⁶ *Ídem*, p. 253.

⁷⁷ *Ídem*, p. 255-256.

⁷⁸ *Ídem*, p. 253-254.

⁷⁹ *Ídem*, p. 257.

relación originaria, el goce seguía siendo pensado como secundario al significante⁸⁰. El sexto paradigma va a mostrar que lo que es secundario es el lenguaje y la palabra, mientras que lo originario es el goce.

La clave de esta noción reside en el concepto de *lalengua*. *Lalengua* es la palabra antes de su ordenamiento gramatical y lexicográfico, es la palabra separada de la estructura del lenguaje⁸¹. Este concepto hace su aparición en el *Seminario 20* y en el escrito del mismo año titulado *Lituratierra*.

Lacan plantea que el organismo del niño es expuesto al sonido de los significantes que habitan su mundo. Este sonido de los significantes que carecen de sentido y de valor comunicacional para el niño van posándose sobre su cuerpo y dejando marcas en él, a la manera de las precipitaciones sobre las llanuras de Siberia; ejemplo este que pone Lacan en *Lituratierra* cuando observa Siberia a través de la ventanilla de un avión.

Estas marcas que las nubes del significante dejan sobre el cuerpo del niño forman *lalengua*, y su característica esencial reside en que estas marcas de *lalengua* son marcas de goce. No hay sentido ni hay comunicación, hay sólo una lluvia de sonidos que marcan el cuerpo en trazos de goce. La estructura de este goce, como hemos comentado en otro apartado anterior, es la de la letra.

Por tanto, antes que palabra, sentido, comunicación u orden simbólico, lo que reina es el goce marcado por la materialidad del significante en el cuerpo a través de *lalengua*. A partir de ahí el lenguaje y la palabra aparecen como una “elucubración de saber sobre *lalengua*” en palabras de Lacan. Es decir, el lenguaje, la palabra, el orden simbólico aparecen secundariamente como un intento de poner orden y dar sentido al goce fragmentado que *lalengua* ha producido en la superficie estructural del organismo vivo.

La prueba de la existencia de *lalengua* Lacan la sitúa en el balbuceo infantil, una repetición de sonidos sin ninguna finalidad de comunicación, simplemente es un juego verbal donde el bebé extrae satisfacción, lo cual se evidencia en su repetición continua y en el placer que se observa en el niño mientras balbucea.

Tomar como punto de partida de elaboración teórica el goce en vez del orden simbólico tiene como consecuencia establecer la no relación como algo general. *Lalengua* muestra la no relación entre el lenguaje y la comunicación, entre lo simbólico y el goce. En definitiva, disyunción, no relación, entre el goce y el Otro. El goce es siempre goce Uno,

⁸⁰ *Ídem*, p. 257-258.

⁸¹ *Ibidem*.

goce de uno solo sin el Otro, y en particular goce de un cuerpo solo sin el Otro⁸². Es lo que descubre Lacan al partir del goce, que el goce siempre es goce un cuerpo a solas. En este sentido Lacan opone el goce al amor. El amor requiere al Otro, mientras que el goce no quiere saber nada del Otro⁸³.

A lo largo del sexto paradigma Lacan señala cuatro figuras del goce Uno. La primera es la que acabamos de comentar, que el goce es siempre de un cuerpo a solas. La segunda figura es el goce fálico, que Lacan rebautiza como goce del idiota puesto que es un goce solitario; aunque se utilice el cuerpo de otro nunca se establece ninguna relación con el Otro, es un goce masturbatorio más elaborado. La tercera figura es el goce de la palabra, que Lacan denominó goce del *blabláblá*, se refiere a que otra forma de gozar consiste en hablar, dejando al margen la relación con el Otro a partir de la comunicación. La cuarta figura del goce Uno es la sublimación, contrariamente a Freud para quien la sublimación necesitaba del reconocimiento del Otro⁸⁴.

Otra disyunción esencial que abre este sexto paradigma es la no relación entre el hombre y la mujer y que Lacan formuló en su célebre sentencia *No hay relación sexual*, queriendo decir que no hay una complementariedad entre los sexos. Debido a la presencia del goce y de la pulsión que descentran los instintos a partir del significante, nada hay al nivel del significante que le indique a un sujeto cómo ser un hombre o cómo ser una mujer. En el nivel del goce cada uno se relaciona a solas con el falo, ya que éste regula y organiza la actividad de las pulsiones y permite un cierto modo de posicionarse como hombre o mujer, sin embargo, eso no basta para construir una relación completa, plena y total entre un sexo y otro como existe en la biología⁸⁵.

Por último, la no relación se extiende a los registros del psiquismo. A partir de este sexto paradigma lo simbólico, lo imaginario y lo real se presentarán como separados e independientes unos de otros. Es por ello que Lacan va a desarrollar toda la topología de los nudos borromeos, para establecer la forma en la que estos registros pueden permanecer unidos, aunque no estén relacionados. Aquí el *sinthome* funcionará como cuarto elemento que mantendrá anudados los tres registros.

⁸² Castrillo, D. (2011). "El estatuto del cuerpo en psicoanálisis: del organismo viviente al cuerpo gozante", p. 50. En *Revista Freudiana*, núm. 63 (septiembre-diciembre).

⁸³ *Ibidem*.

⁸⁴ Miller, J.-A. (2006). *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*, p. 272-273.

⁸⁵ Castrillo, D. (2011). "El estatuto del cuerpo en psicoanálisis: del organismo viviente al cuerpo gozante", p. 52-53. En *Revista Freudiana*, núm. 63 (septiembre-diciembre).

2. 5. 4: Esquema del cuerpo en la neurosis

En el último punto de este apartado queremos realizar una síntesis de lo que sería la construcción del cuerpo en la neurosis a partir de una lectura retroactiva y global de la enseñanza de Lacan, la cual hemos ido escandiendo en los puntos anteriores. Consideramos necesaria esta elaboración con el fin de que posteriormente se puedan dilucidar con mayor claridad las diferencias que la esquizofrenia establece sobre el cuerpo.

Para ello nos basaremos fundamentalmente en el esquema y las aportaciones que la psicoanalista Marie-Hélène Brousse realizó en una conferencia abierta al público en la ciudad de Granada⁸⁶.

Marie-Hélène Brousse construye un esquema para visualizar el estadio del espejo tomando la enseñanza de Lacan como un punto de capitón donde el sentido se produce por las aportaciones posteriores al esquema óptico inicial de Lacan, por lo que incluye los objetos *a* y las zonas erógenas. Su esquema se basa en el matema fundamental que Lacan extrae de Saussure (significante/significado) y que funciona como matema nuclear de su enseñanza⁸⁷. Con esto Marie-Hélène Brousse trata de ilustrar dos términos (imagen del cuerpo y cuerpo fragmentado) que no pueden identificarse totalmente pero que sostienen una relación necesaria entre ellos⁸⁸.

El esquema completo es el siguiente:



En este esquema se capta lo que existe previamente al estadio del espejo. Antes del estadio del espejo el cuerpo del *infans* no es tal, sino puro organismo. Sin embargo, es un organismo desequilibrado, escindido en sensaciones somáticas que se caracterizan por ser

⁸⁶ Brousse, M-H. (2014). *Cuerpos lacanianos*.

⁸⁷ *Ídem*, p. 18.

⁸⁸ *Ídem*, p. 19.

difusas e ilocalizables. A este conjunto de sensaciones somáticas difusas e ilocalizables Lacan las denomina *cuerpo fragmentado*. A nuestro entender, ese cuerpo fragmentado es la materia que da cuerpo al concepto de cenestesia, el cual va a estar muy presente en la esquizofrenia.

Es a partir de la última enseñanza de Lacan cuando se puede comprender con claridad que el cuerpo fragmentado, característico del ser hablante, es efecto del lenguaje. La inmersión primaria en el mundo del significante que sufre el *infans* y que descentra sus instintos se concreta en lo que Lacan ha llamado *lalengua*.

Como hemos comentado, lalengua son las huellas que los significantes - en su pura materialidad sonora y diferencial - van dejando sobre el organismo. A la vez que lo marca, lo recorta y lo fragmenta en sensaciones somáticas difusas e ilocalizables, lalengua condensa otra satisfacción que recibe el nombre de goce. Sobre esta satisfacción del goce se va a instaurar la pulsión.

El estadio del espejo es el primer momento lógico-evolutivo que Lacan postula para que el ser hablante pueda comenzar a localizar las sensaciones somáticas que hasta ese momento son difusas y carentes de localización. Este primer momento de localización del cuerpo fragmentado se realiza a través de una imagen externa al *infans* que es la suya propia. La apropiación de esta imagen localiza, encierra y vela el cuerpo fragmentado producido por lalengua. Es decir, que además de ser uno de los primeros intentos de localización del goce difuso de lalengua (enseguida veremos un momento de localización anterior), la imagen del cuerpo actúa como barrera - la de lo imaginario, la de lo bello - ante lo real de ese goce.

La apropiación de esta imagen sólo es posible por el intermedio del lenguaje, por lo simbólico, cuestión ilustrada en el esquema, donde el lenguaje funciona como pivote entre el cuerpo fragmentado y la imagen del cuerpo. El registro simbólico en el estadio del espejo (representado por el Ideal del yo) permite la unión de lo real - cuerpo fragmentado cenestésico de lalengua - con lo imaginario - imagen del cuerpo percibida como unidad y totalidad -. De ahí que el estadio del espejo destaque los efectos que lo imaginario tiene sobre lo real, siempre a partir de su sostén en lo simbólico.

Una vez incorporada la imagen del cuerpo (el yo ideal), el cuerpo fragmentado queda velado por ella, pero eso no significa que el cuerpo fragmentado se mantenga encapsulado definitivamente o desaparezca. Sigue existiendo, actúa y provoca efectos a pesar de su recubrimiento por la imagen; sólo que dichos efectos del cuerpo fragmentado que tienen la cualidad de invadir al ser hablante y de hacerle sentir parasitado por ellos en un malestar ominoso, quedan atenuados y puestos a distancia gracias al recubrimiento de la imagen, que está sostenida por lo simbólico.

Tanto el goce condensado en la lengua del cuerpo fragmentado como la imagen del cuerpo no poseen ningún hueco, ningún vacío. La imagen es una proyección de la luz sobre una superficie y el goce de la lengua toma como base el funcionamiento del organismo biológico, eso sí, descentrado. Ni la una ni el otro poseen huecos que puedan funcionar como anclajes entre una y otro⁸⁹. Por tanto, es necesario crear puntos de abrochamiento entre ambos, esta operación será llevada a cabo por el lenguaje.

Los puntos de abrochamiento entre el cuerpo fragmentado y la imagen del cuerpo, los puntos que abrochan lo real con lo imaginario, van a situarse en torno a los objetos *a*.

Los objetos *a* fueron concebidos en un primer momento por Lacan como los objetos que obturan los orificios del cuerpo definidos por Freud como zonas erógenas, a las que Lacan agrega los ojos y los oídos. Las zonas erógenas permiten el intercambio entre lo interno (cuerpo real) y lo externo (lenguaje), en ellas se sitúa la fuente de la pulsión. Por tanto, las zonas erógenas posibilitan al ser hablante la vivencia de experiencias de goce. Estas experiencias de goce articuladas por lo simbólico a través de la pulsión que viene y va son lo que abrocha el cuerpo fragmentado con el organismo⁹⁰, de ahí su representación en el esquema.

En este punto, y teniendo la ventaja de poder visualizar globalmente todos los desarrollos de Lacan, nos vemos obligados a introducir un punto fundamental que no aparece mencionado en el texto de Marie-Hélène Brousse pero que resulta nuclear para comprender la lógica de la construcción del cuerpo. Este punto crucial precisamente se refiere a los objetos *a*.

Por un lado, tenemos el cuerpo fragmentado que la lengua otorga al ser hablante. Ese cuerpo fragmentado es el hogar de la cenestesia y, por tanto, se define por una multiplicidad de sensaciones somáticas que, al principio, el sujeto no puede localizar ni ordenar. Es decir, que el cuerpo fragmentado envuelve la totalidad del organismo. La materialidad significativa de la lengua cubre el organismo en su totalidad, fragmentándolo, descentrándolo y marcándolo.

Por otro lado, tenemos los objetos *a* que están definidos por su localización en las zonas erógenas. En otros términos, los objetos *a* que condensan experiencias de goce y que permiten abrochar el cuerpo fragmentado con la imagen *están ya localizados*. Por tanto, podemos suponer que los objetos *a* son un segundo tiempo lógico, una segunda

⁸⁹ *Ídem*, p. 25.

⁹⁰ *Ibidem*.

consecuencia que el lenguaje acarrea sobre el cuerpo, siendo la primera la fragmentación total en la lengua. Ambas consecuencias se producen lógicamente antes del estadio del espejo.

El lenguaje entonces opera dos efectos sobre el organismo en dos momentos lógicos diferentes: 1) fragmentación corporal de la lengua en marcas de goce que producen las sensaciones cenestésicas ilocalizables; 2) una primera localización del goce en los orificios del cuerpo que constituyen las zonas erógenas a través de los objetos *a*.

¿Cómo se produce la localización del goce fragmentado de la lengua y por qué es una segunda acción del lenguaje sobre el cuerpo? Hemos comentado que los cuidadores erogenizan el cuerpo del niño, es decir, son sus palabras las que van posándose sobre el cuerpo del *infans* marcándolo en el sinsentido de la lengua. Sin embargo, con el paso del tiempo esas palabras asociadas a los cuidados que los adultos protectores van vertiendo sobre el niño se transforman en demandas, van adquiriendo sentido. Esas demandas recortan experiencias de goce concretas y universales (toma del alimento en el pecho materno, evacuación de los excrementos en su lugar correspondiente, etc.) en zonas del cuerpo muy localizadas (boca, ano, oídos y ojos). Por tanto, el lenguaje con el paso del tiempo y los cuidados en forma de demandas del Otro, posibilitan que el goce cenestésico de la lengua se vaya localizando en torno a las zonas erógenas con su objeto obturador correspondiente.

Una vez condensado el goce cenestésico y global de la lengua localizado en los objetos *a*, el registro simbólico opera obligando a su extracción o caída, tal y como Lacan definió que sucedía en la segunda operación lógica que hace surgir al sujeto, en la separación.

En otras palabras, una vez localizado el goce cenestésico de la lengua en los objetos *a*, estos tienen que ser extraídos del cuerpo por lo simbólico con el fin de que pueda aparecer el deseo a través de una pérdida que toma la forma topológica de agujero. Es el movimiento del deseo, movimiento del ser hablante que consiste en tratar de recuperar, a través de una búsqueda de objetos en el exterior, un goce que ha sido extraído del interior por la caída de los objetos *a*. Por ello Lacan nombra a los objetos *a* como objetos causa del deseo, pues son los que lo posibilitan.

La extracción o caída de los objetos *a* gracias a la operación de separación - la cual sólo se produce por intermedio del lenguaje - instauration entonces los agujeros que van a funcionar como puntos de abrochamiento entre el cuerpo fragmentado y la imagen del cuerpo, estos puntos tienen la característica de ser experiencias de goce.

Una vez que la extracción de los objetos *a* ha producido agujeros en lo real del cuerpo, el estadio del espejo puede operar y hacer existir al yo. Efectivamente, tienen que existir huecos para que la libido, el goce, pueda circular y pueda ligarse a objetos externos, ya sea a

los ropajes fantasmáticos que constituyen los objetos deseables, ya sea a una imagen externa que es la del propio cuerpo reflejado en una superficie.

En un momento intermedio de su enseñanza (entre el cuarto y el quinto paradigmas) Lacan concebirá los objetos *a* no sólo teniendo una sustancia de agujero sino también como piezas sueltas del cuerpo que vendrán a moldearse sobre esa ausencia, como afirma Miller. Esta cuestión tiene toda su importancia puesto que será central en la clínica de la esquizofrenia.

En definitiva, si todo este recorrido se ha producido sin grandes fracasos, es decir, si los puntos esenciales han estado presentes, el cuerpo construido habitará la estructura neurótica.

Los puntos esenciales son: 1) localización del goce cenestésico de la lengua en las zonas erógenas y en los objetos *a*; 2) extracción de los objetos *a* por lo simbólico permitiendo puntos de abrochamiento entre el goce del cuerpo y el exterior; 3) estadio del espejo que produce un abrochamiento fuerte entre el cuerpo fragmentado y la imagen del cuerpo, la cual vela el primero, pero no lo elimina.

Precisamente estos puntos esenciales son los que estarán afectados en la psicosis y, particularmente, en la esquizofrenia, lo que conllevará una construcción del cuerpo distinta, inacabada o invasiva. Trataremos de mostrarlo en los siguientes apartados de esta investigación.

3. HIPÓTESIS

3. 1: Hipótesis principal:

Si el *lenguaje de órgano* definido por Freud como un intento de curación consistente en actos por los que el sujeto esquizofrénico toma significantes referidos al cuerpo como cosas reales, o, en palabras de Lacan, si en la esquizofrenia lo simbólico se vuelve real, y esto es ya un efecto, una tentativa de curación por parte del sujeto esquizofrénico, entonces la génesis de la esquizofrenia se sitúa en un contacto directo con el goce cenestésico de *lalengua*, el cual en sus primeros momentos produce una verdadera aniquilación del sujeto lacaniano del lenguaje.

3. 2: Hipótesis auxiliares:

- 1) Si el contacto aniquilatorio de la subjetividad en la cenestesia de *lalengua* es producido por la forclusión del significante del Nombre del Padre, entonces en la esquizofrenia se produce un astillamiento del lenguaje y una fractura absoluta de la imagen corporal que vela la fragmentación del cuerpo.
- 2) Si la forclusión del significante del Nombre del Padre en la esquizofrenia produce el aniquilamiento del sujeto en la cenestesia del goce de *lalengua*, entonces en los sujetos esquizofrénicos no se ha producido la apropiación de la imagen del cuerpo, por tanto, el estadio del espejo resulta inoperativo y el registro imaginario no se estructura de forma sólida.

4. OBJETIVOS

4. 1: Objetivos generales:

- 1) Mostrar la fundamentación lógica según la cual el origen de la esquizofrenia implica una regresión tópica al goce cenestésico de *lalengua*.
- 2) Explicar mediante el análisis de casos clínicos por qué el surgimiento de la esquizofrenia conlleva la aniquilación del sujeto del lenguaje.
- 3) Dilucidar las coordenadas clínicas que dotan al síntoma corporal esquizofrénico de su carácter de tentativa de curación.

4. 2: Objetivos específicos:

- 1) Describir el proceso mediante el que la forclusión del significante del Nombre del Padre en la esquizofrenia produce la ruptura de la imagen del cuerpo.
- 2) Explicar la inoperatividad del estadio del espejo en la esquizofrenia.
- 3) Comparar las diferencias entre la esquizofrenia y la paranoia.
- 4) Establecer los rasgos diferenciales entre la esquizofrenia, la hipocondría, el síntoma histérico y el fenómeno psicossomático.
- 5) Analizar otros posibles intentos de curación en la esquizofrenia diferentes al *lenguaje de órgano*.

5. METODOLOGÍA

5. 1: Material

El material objeto del presente estudio ha sido recogido a partir de tres casos clínicos descritos en la literatura psicoanalítica clásica:

- 1) El caso del presidente Daniel Paul Schreber, estudiado por Sigmund Freud y por Jacques Lacan.
- 2) El caso de Marie, estudiado por Karl Landauer.
- 3) El caso de Emma A., estudiado por Victor Tausk y Sigmund Freud.

5. 2: Método

Conforme al planteamiento y objetivos de nuestro estudio, hemos puesto a prueba con los tres historiales clínicos seleccionados los siguientes ítems, debido a que nuestras hipótesis los implican:

- Fractura de la imagen del cuerpo.
- Regresión tópica del sujeto al estado de goce de la lengua.
- Aniquilación del sujeto del lenguaje.

5. 2. 1: Criterios de selección de la muestra

La selección de los historiales clínicos que constituyen la muestra objeto de estudio fue realizada en dos fases consecutivas.

En una primera fase los criterios seguidos para la selección de la muestra fueron los siguientes:

- 1) Que los sujetos poseyeran un diagnóstico de estructura psicótica, tal y como esta es entendida en el psicoanálisis de orientación lacaniana.
- 2) Que los historiales clínicos de estos sujetos hubieran sido descritos desde una perspectiva psicoanalítica.

A los casos así seleccionados les siguieron dos nuevos criterios de selección:

- 1) Que todos los casos partieran de una posición esquizofrénica inicial.
- 2) Que cada uno de ellos tuviera una evolución diferente a partir del desencadenamiento esquizofrénico, con el fin de cubrir las tres posiciones

clásicas que el sujeto puede adoptar en la psicosis: paranoia, melancolía y esquizofrenia.

5. 2. 2: Metodología empleada

A partir de una revisión bibliográfica exhaustiva de los textos de Sigmund Freud y Jacques Lacan acerca del cuerpo, la esquizofrenia y los síntomas corporales con la que esta última se manifiesta, hemos extraído las nociones fundamentales que la literatura estudiada refiere en relación a la estructura psicótica de posición esquizofrénica. Posteriormente hemos buscado en la fenomenología clínica de los casos seleccionados los fenómenos que dan cuenta de dichas nociones.

La revisión bibliográfica realizada nos ha llevado a una relectura del concepto de síntoma corporal en la esquizofrenia, junto con el denominado por Freud *lenguaje de órgano*, que nos ha servido de hipótesis a desarrollar en esta investigación.

Con este objetivo, la muestra se seleccionó siguiendo los criterios que hemos comentado previamente. Por ello, los casos escogidos muestran cada uno de ellos las diferentes tentativas de curación que el sujeto puede hacer tras su desencadenamiento psicótico desde una posición esquizofrénica inicial.

Esto nos ha permitido establecer las diferencias entre una posición esquizofrénica que no varía y las posiciones paranoica y melancólica en las que algunos sujetos psicóticos modifican su posición esquizofrénica inicial, cifrando el valor específico del lenguaje de órgano como tentativa de curación puramente esquizofrénica.

Por último, hemos complementado nuestras hipótesis, circunscritas exclusivamente al lenguaje de órgano en la esquizofrenia, con las diferencias estructurales que el síntoma corporal puede mostrar en otras afecciones distintas de la esquizofrenia:

- 1) Paranoia
- 2) Histeria, hipocondría y dos nuevas formas de presentación del síntoma: fibromialgia y anorexia.
- 3) Fenómenos psicósomáticos.

6. RESULTADOS

6. 1: Tres casos clínicos

Los resultados de nuestra investigación se basarán en el análisis y la comparación de tres casos clínicos clásicos de psicosis: el famoso caso Schreber estudiado por Sigmund Freud y Jacques Lacan, el caso Marie descrito por Karl Landauer y el caso Emma A. establecido por Victor Tausk.

Cada uno de estos tres casos representan las posibles posiciones del sujeto en la estructura psicótica. El caso Schreber es distintivo de la paranoia, el caso Marie se encuadra en la melancolía y el caso Emma A. corresponde a la esquizofrenia.

Recogemos estos tres casos porque compartimos la idea de Lacan, desarrollada por autores como José María Álvarez y Fernando Colina, según la cual hay una única estructura - en este caso la estructura psicótica - y dentro de ella hay posiciones distintas según cómo el sujeto se sitúe. Clásicamente estas posiciones subjetivas dentro de la estructura psicótica corresponden a la paranoia, la melancolía y la esquizofrenia.

Que existan distintas posiciones subjetivas en una misma estructura clínica implica que el sujeto puede variar su posición en la estructura. Un sujeto esquizofrénico puede desarrollar un delirio paranoico, un sujeto paranoico puede establecer una identificación melancólica con el objeto perdido, un sujeto melancólico puede producir cuadros esquizofrénicos como la catatonía, etc. Probablemente el caso que mejor ilustre la variación subjetiva entre las distintas posiciones sea el del presidente Schreber, pues en algún momento de su evolución clínica habitó en cada una de ellas hasta llegar a estabilizarse en una posición paranoica. De ahí la importancia dedicada a Schreber por Freud y por Lacan.

Nuestro interés reside en la relación que la esquizofrenia mantiene con el cuerpo, es por ello necesario que clarifiquemos por qué elegimos otros casos (Schreber, Marie) que pueden no encajar directamente en esta posición subjetiva de la estructura psicótica.

Estos tres casos tienen en común el inicio en una posición esquizofrénica. Es decir, los tres se inauguran con síntomas esquizofrénicos, por tanto, nos centraremos particularmente en estos momentos de la clínica. Ahora bien, estos casos son interesantes precisamente porque muestran maniobras del sujeto que le permiten situarse de otra forma en la estructura, por lo que echan luz sobre posibles intentos de curación a partir de una posición esquizofrénica.

6. 1. 1: El presidente Schreber

Daniel Paul Schreber padeció tres momentos de desencadenamiento a lo largo de su vida. El más conocido es el segundo, acontecido en 1893, coincidente con su nombramiento de Presidente del Superior Tribunal de Dresde y el inicio de su trabajo en dicho cargo. Este periodo de enfermedad es el más extenso de su biografía, ya que abarcó hasta aproximadamente 1902-1903 - fechas de su alta por mandato judicial y publicación de sus *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios* -. Estos diez años fueron el objeto de estudio de Freud y Lacan, pues es el periodo de tiempo del que más se ocupa la obra de Schreber.

El primer momento de patología abarca un año, desde 1884 a 1885. Es poco conocido debido a la censura que la familia de Schreber impuso al capítulo de los *Sucesos memorables...* dedicado a este periodo. De este primer episodio patológico sólo conocemos que coincide con su candidatura a la cámara baja del Parlamento (Reichstag) y que Schreber estuvo internado en la clínica del doctor Flechsig, de la que salió completamente restablecido. Respecto a la clínica de este primer periodo, sólo sabemos que fue diagnosticado de un ataque de hipocondría grave, por lo que para Freud no se habrían traspasado los límites de la neurosis¹.

El tercer y último momento de desencadenamiento era desconocido en la época en la que Freud, y posteriormente Lacan, estudiaron el caso Schreber. Abarca desde 1907 hasta su muerte producida en el asilo de Dösen, Leipzig, en 1911. Gracias a investigaciones posteriores sabemos que este último momento de desencadenamiento coincide con la obligación que Schreber contrajo para mediar en la herencia de los establecimientos desarrollados por su padre, los *Schrebergärten*. A Schreber se le pidió que se decantara por cuál de las varias asociaciones existentes era la legítima para ostentar el nombre de Schreber.

Nosotros, siguiendo el camino transitado por Freud y Lacan, nos centraremos en el momento más conocido y extenso de la patología de Schreber, el segundo. No sin hacer nuestro el lamento de Freud respecto a la falta de información de su primer momento patológico, ya que además de aclarar sus movimientos posteriores - tal y como afirma el padre del psicoanálisis -, hubiera resultado de gran ayuda en una investigación como la nuestra, caracterizada por el interés en el cuerpo. Conocer en detalle la “hipocondría grave” en un sujeto psicótico como Schreber, que ha plasmado su padecer en una obra de absoluto valor, hubiera podido arrojar una luz preciosa sobre la cuestión que nos ocupa.

¹ Palomera, V. (2014). *Pioneros de la psicosis*, p. 120.

En junio de 1893 se le comunica a Schreber su próximo nombramiento como presidente del Superior Tribunal de Dresde. A partir de aquí y durante los meses previos a la toma de posesión de su cargo, Schreber sueña repetidamente con que volvía a padecer su anterior patología² (la hipocondría grave que sufrió entre 1884 y 1885). Junto a estos sueños aparece en estado de duermevela la famosa representación sobre la que gravitará gran parte de la clínica de Schreber: “lo hermosísimo que es sin duda ser una mujer sometida al acoplamiento”³, contra la cual Schreber luchará al principio hasta poder conciliarse con ella mediante su sistematización delirante.

Schreber ocupa su cargo como presidente del Superior Tribunal el 1 de octubre de 1893. A finales de ese mismo mes tiene que ser internado por segunda vez en la clínica de Flechsig. Es el inicio propiamente dicho de su segundo momento de desencadenamiento, que se inaugura con un martirizador insomnio⁴ provocado por la audición de ruidos en las paredes que le impiden dormir (fenómeno elemental)⁵.

Gracias al informe del doctor Weber (director del asilo de Sonnenstein, lugar al que fue trasladado Schreber en 1894) conocemos la fenomenología clínica padecida por Schreber en ese periodo inicial de su segundo desencadenamiento. Predomina esencialmente la sintomatología corporal de desintegración esquizofrénica (ideas hipocondriacas, quejas sobre padecer un reblandecimiento del cerebro, espejismos sensoriales, alto grado de hiperestesia, gran susceptibilidad a la luz y al ruido, espejismos visuales y auditivos, perturbaciones en la cenestesia, imagina que en su cuerpo se emprenden toda clase de horribles manipulaciones, inaccesible a toda impresión permanece sentado durante horas totalmente absorto e inmóvil - estupor alucinatorio -)⁶. También están presentes fenómenos del polo melancólico (dice que pronto morirá, se da por muerto y corrompido, por apestando, desea la muerte, hace varios intentos de ahogarse en el baño y pide el “cianuro que le está destinado”)⁷.

Poco a poco junto a esta sintomatología inicial se van entretejiendo ideas de persecución (insulta a diversas personas por las que se cree perseguido y perjudicado, llama al doctor Flechsig “almicida”)⁸ y aparecen ideas delirantes de temática mítica y religiosa (mantiene trato directo con Dios, es juguete de los demonios, ve milagros, escucha música sacra)⁹.

² Freud, S. (2007). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente*, en *Obras completas*, T. XII, p. 14.

³ *Ibidem*.

⁴ *Ibidem*.

⁵ Palomera, V. (2014). *Pioneros de la psicosis*, p. 121.

⁶ Freud, S. (2007). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente*, en *Obras completas*, T. XII, p. 14.

⁷ *Ídem*, p. 14-15.

⁸ *Ídem*, p. 15.

⁹ *Ibidem*.

Pocos meses después de iniciarse este momento patológico, Schreber ha perdido todo vínculo con los demás. En febrero de 1894, durante una noche en la que tiene múltiples poluciones, comienzan las primeras manifestaciones de “pactos con fuerzas sobrenaturales”¹⁰, empieza a oír voces y se instauran las ideas de persecución sobre Flechsig (a partir de la representación de “lo hermosísimo que es sin duda ser una mujer sometida al acomplamiento”, la figura de Flechsig se tornará malévola y de aviesas intenciones sobre Schreber. Schreber interpreta que Flechsig quiere abusar de él). Asimismo, comienzan a instaurarse las ideas delirantes de temática religiosa ya descritas; poco a poco Dios ocupará el lugar de Flechsig como perseguidor y como agente que desea abusar de Schreber. Lo cual ilustra el rechazo de Schreber a asumir esa eviración que siente a nivel del cuerpo.

Las voces que comienza a escuchar le ordenan que se sacrifique a Dios, es la forma que en este momento Schreber encuentra para sustraerse a la eviración, a través del suicidio¹¹. Estas voces le aportan a Schreber la certeza de que no sólo Flechsig sino también Dios mismo es cómplice e instigador de la transformación en mujer que experimenta el Presidente del Superior Tribunal¹².

Correlativamente a la aparición de las voces, los perseguidores se multiplican, aumentan los “milagros” que siente sobre su cuerpo (almas de personas muertas estallan sobre su cabeza o penetran en su interior)¹³ y la fragmentación de su identidad se torna catastrófica (multiplicidad de “hombrecillos hechos a la ligera”).

Todos estos fenómenos se encuadran dentro del periodo que el propio Schreber bautiza como “crepúsculo del mundo”. Lo define como el más atroz de su vida y está caracterizado por la invasión continua de fenómenos sobrenaturales sobre su cuerpo y por la idea de que la humanidad entera había muerto, quedando él como el único superviviente¹⁴. Llega incluso a describirse como un cadáver leproso que conduce a otro cadáver leproso.

Simultáneamente a la aparición de toda esta fenomenología, el automatismo significativo cobra fuerza. Posteriormente al fenómeno elemental inaugural (ruido en las paredes que le impide dormir), las palabras le llegan de todas partes, le conciernen, pero el sentido es opaco o nulo. Ejemplos de esto son la “lengua fundamental” (una especie de alemán arcaico donde las palabras expresan lo contrario que enuncian, o bien expresan verdades ocultas inefables), también el propio Schreber oyéndose a sí mismo pronunciar palabras que no comprende

¹⁰ Palomera, V. (2014). *Pioneros de la psicosis*, p. 122.

¹¹ *Ídem*, p. 130.

¹² *Ibidem*.

¹³ *Ídem*, p. 136.

¹⁴ *Ibidem*.

pero a las que otorga una importancia capital¹⁵, así como el acoso que sufre por los “pájaros hablantes” o “pájaros de milagro” que profieren “frases aprendidas de memoria y carentes de sentido que les han sido inculcadas”, ellos mismos no comprenden el sentido de las palabras que pronuncian, y se expresan a través de la homofonía¹⁶.

Durante el transcurso de este momento clínico Schreber es trasladado al asilo de Lindenhof (14 de junio de 1894) y posteriormente al asilo Sonnenstein (29 de junio de 1894), en el que permanecerá hasta su alta judicial el 20 de diciembre de 1902.

Noviembre de 1895 es señalado por Schreber como el momento en que establece el nexo entre la fantasía de emasculación - mudanza en mujer para Freud, eviración para Lacan - y la idea del redentor. Esta unión entre fantasía de emasculación y redención posibilitará la reconciliación de Schreber con la idea de eviración¹⁷, y es el punto de base fundamental para la elaboración de su delirio.

El delirio en la psicosis no se desarrolla como una suerte de revelación completa, estructurada totalmente y que da cuenta de golpe de todo el sentido que está ausente en el periodo previo del desencadenamiento psicótico, sino que más bien se produce a ráfagas. A partir de ciertas representaciones psíquicas, es decir, significantes, que se conjugan con experiencias de goce corporal, el sujeto psicótico va tejiendo una nueva significación de los momentos subjetivos que está viviendo. Por lo tanto, la significación delirante es un proceso discontinuo y sometido a la contingencia de ciertos significantes que se anudan a experiencias de goce. Es de esta forma que retroactivamente, cuando el delirio se sistematiza, el sujeto inventa un vínculo nuevo entre el lenguaje y el cuerpo, completamente individualizado y, por ello, exclusivamente singular para él, no compartido por nadie más. Este trabajo delirante se observa de primera mano en lo que le acontece al presidente Schreber.

Lo hemos visto caer en el aislamiento más absoluto, abandonándose inevitablemente al goce invasivo del cuerpo que le desconecta del mundo. Esta situación provoca una vivencia de extrañamiento de la que el sujeto es incapaz de dar cuenta en el campo del sentido. El malestar psíquico alcanza su cénit en el periodo de “crepúsculo del mundo”, donde Schreber es un cuerpo muerto en vida objeto de múltiples mutilaciones. La imposibilidad de comunicar tales sensaciones evidencia tanto la subjetividad absoluta de estas vivencias como

¹⁵ *Ídem*, p. 124.

¹⁶ Freud, S. (2007). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente*, en *Obras completas*, T. XII, p. 34-35.

¹⁷ *Ídem*, p. 20 [Freud cita a Schreber]: “Pero en lo sucesivo se me hizo conciente como cosa indubitable que el orden del universo, me agrade o no personalmente, pide imperiosamente la emasculación, y que entonces, *por motivos de razón*, no me resta sino avenirme a la idea de la mudanza en una mujer. La ulterior consecuencia de la emasculación sólo podría ser, desde luego, una fecundación por rayos divinos con el fin de crear hombres nuevos”.

la ruptura del registro simbólico, la cual conlleva el desmembramiento del cuerpo en un goce que es imposible de contener.

En estas coordenadas van apareciendo representaciones que se anudan a estas experiencias de invasión corporal. La elaboración retroactiva de este trabajo por parte de Schreber conduce a la sistematización del delirio. Así se muestra por qué el delirio que da sentido subjetivo a la experiencia psicótica trabaja a ráfagas, a bocanadas.

Tenemos un primer punto de anudamiento del significante y el cuerpo en el delirio cuando Schreber sitúa a Flechsig como el causante de su malestar. Schreber asocia la representación que se convertirá en el núcleo de su experiencia de eviración a las malas intenciones de Flechsig para con él. Este primer punto conduce a la producción de ideas de persecución de Flechsig sobre Schreber, pero esas mismas ideas de persecución permiten situar algo de lo que es el sujeto Schreber, hasta ese momento totalmente extraviado en lo real sin contención de su cuerpo.

Un segundo punto de anudamiento del significante y el cuerpo en el delirio se produce cuando Dios ocupa el lugar de Flechsig como perseguidor. Es el momento de las voces que le instan a sacrificarse a Dios, es el momento en que los perseguidores se multiplican. No es sólo Flechsig, es el mismo Dios quien está detrás del atentado contra su subjetividad, contra su cuerpo. Esta nueva autoría delirante otorga un nuevo sentido a las experiencias de Schreber. Le sigue sirviendo para situarse mínimamente en lo simbólico, pero aún no basta para contener lo real.

Esto sólo se logrará en el tercer punto de anudamiento del significante y el cuerpo en el delirio de Schreber. Este punto aparece en noviembre de 1895, cuando Schreber asocia la fantasía de la eviración con la fantasía de redención. A partir de esta asociación fundamental, las experiencias previas encontrarán un nuevo sentido retroactivamente y, además, se instaurará en Schreber un punto de basta que le servirá de base para pacificar lo real sin contención. El trabajo delirante a partir de este tercer punto de anudamiento del significante del delirio y el cuerpo conducirá a una disminución de la sintomatología corporal y posibilitará una conexión con el mundo de los otros. Precisamente por ello Freud define al delirio como una tentativa de curación ya que, de hecho, cura, si entendemos curación como mejoría de la sintomatología más grave (pasajes al acto, extrañamiento corporal, perplejidad) y conexión con el mundo y los otros.

Tal vez lo fundamental en la asociación schreberiana de la fantasía de eviración con la de redención sea la cuestión de “conforme al orden del universo”. En su texto Freud cita un extracto del informe de Weber que describe este punto:

“En esta misión suya redentora, lo esencial es que primero tiene que producirse su mudanza en mujer. No es que él quiera mudarse en mujer; más bien se trata de un “tener que ser” fundado en el orden del universo y al que no puede en absoluto sustraerse, aunque en lo personal habría preferido mucho más permanecer en su posición viril en la vida; pero él y el resto de la humanidad no podrían reconquistar el más allá de otro modo que por medio de una mudanza en mujer, a través de un milagro divino que quizá lo aguarde sólo después de transcurridos muchos años o aun decenios”¹⁸.

El someterse a una transformación en mujer se realiza por el deber de mantener el orden del universo. Cuando Schreber se transforme en mujer, Dios podrá crear de su cuerpo una raza de hombres nuevos. La redención y la eviración se unen y esta última se vuelve soportable por una necesidad que trasciende al propio Schreber: el orden del universo. Además, dicha transformación, que sigue siendo intolerable, se ve aplazada por muchos años. Este final asintótico también pacifica la sintomatología de Schreber.

Gracias al orden del universo Schreber puede situarse de nuevo en el mundo y conciliar lo insoportable (la eviración) con la megalomanía y la presencia de Dios (la redención).

Es importante añadir una breve descripción del Dios de Schreber y de su sistematización delirante para ilustrar por qué este tercer punto de anudamiento es una importantísima tentativa de curación.

A partir de sus experiencias de goce Schreber inventa una concepción de Dios que está separado de lo vivo y cuya esencia es el puro lenguaje. Para Schreber los seres humanos son una conjunción de cuerpo vivo y de nervios, los cuales contienen el alma; Dios por su parte está compuesto sólo de nervios y estos son eternos. Los nervios de Dios han creado todo lo que existe en el universo.

Schreber plantea que una vez llevada a cabo la creación Dios se retiró a una gran distancia dejando al universo librado a sus propias leyes. La única función de Dios a partir de entonces consistió en asumir las almas de los difuntos en forma de nervios. Por ello, el orden del universo exige que Dios sólo entre en contacto con los hombres después de muertos a través de los nervios que encierran el alma. Estas almas de hombres muertos se someten a un proceso de purificación y pasan después a formar parte de los nervios de Dios, donde se encuentran en un perpetuo estado de bienaventuranza. Schreber define esta bienaventuranza como un sentimiento continuo de voluptuosidad.

No obstante, el orden del universo presenta un fallo que provoca que la misma existencia de Dios pueda estar amenazada. Los nervios de los hombres vivos que están en estado de gran excitación ejercen una atracción de tal grado sobre los nervios de Dios que este no

¹⁸ *Ídem*, p. 17. Lo resaltado fuera de cursiva es nuestro.

puede volver a soltarse de ellos. Según Schreber, esto es justo lo que le ocurrió a él. A partir de este punto se explica Schreber todo lo que padeció en los primeros dos años de su segundo desencadenamiento.

Es decir, Schreber sitúa la causa de su malestar en un malentendido de Dios hacia él. Dios sólo sabe tratar con cadáveres e ignora todo lo relativo al cuerpo vivo. Al sentirse atraído hacia los nervios de Schreber, quedó enredado en ellos y, para soltarse, sometió a Schreber a todos los padecimientos corporales ya descritos.

El problema para Schreber estriba en que la presencia de Dios le provoca un enorme sentimiento de voluptuosidad. Este sentimiento de voluptuosidad está en la base tanto de la feminización que Schreber siente sobre su cuerpo como en los continuos milagros que experimenta en su cuerpo, muchos de los cuales son experiencias de goce displacenteras.

Debido a este sentimiento de voluptuosidad causado por la presencia de los nervios de Dios en el cuerpo de Schreber (en forma de lenguaje, de palabras que le llegan, de voces que escucha), el presidente del Superior Tribunal experimenta un elevado sufrimiento cada vez que Dios se retira de su cuerpo.

Dos ejemplos paradigmáticos de esta cuestión son la compulsión de pensar y el momento de la evacuación intestinal. En el primer caso, si Schreber dejaba de pensar, Dios lo consideraba un “idiota” y lo abandonaba, provocando una sensación corporal muy dolorosa, por lo que Schreber estaba condenado a no dejar de pensar ni un solo instante, estaba condenado a que los significantes no pararan de circular en su mente.

El segundo caso se producía cuando Schreber debía vaciar sus intestinos. Si este vaciamiento se producía, la sensación de ser abandonado por Dios, de quedarse sin sensación de voluptuosidad, le resultaba insoportable.

Schreber utiliza la expresión alemana *liegen lassen* para describir este abandono de Dios sobre él. Significa “dejarle tirado” o “dejarle plantado”. Esta sensación de ser dejado plantado se acompaña de gran malestar corporal.

De todo este sistema delirante Schreber extrae dos consecuencias fundamentales. La primera es que debido a que Dios está enredado en su cuerpo, ningún ser humano muerto puede alcanzar la bienaventuranza mientras este estado persista. La segunda es que Schreber entiende, por todas las sensaciones de goce experimentadas, que Dios quiere hallar la voluptuosidad con él. Si no lo logra, retira sus rayos y le deja plantado.

Estas dos consecuencias están en la base de la unificación realizada por Schreber en noviembre de 1895 sobre la fantasía de emasculación y la de redención: Schreber debe cultivar la voluptuosidad con Dios porque, a partir de este momento, ésta está en

consonancia con el orden del universo. Al cultivar la voluptuosidad con Dios, Schreber podrá dar a luz una nueva raza de hombres y la bienaventuranza podrá volver a ser alcanzada por todos los seres humanos. Eso sí, deberán transcurrir siglos hasta que eso se logre.

De esta forma, los “milagros”, las experiencias corporales dolorosas, dejan de producirse. Además, Schreber no vuelve a sentirse siendo dejado plantado, ya que acepta la voluptuosidad (el exceso de goce) como un fin trascendente. De esta forma la sistematización delirante logra contener lo real en las redes de lo simbólico. Se observa el arduo trabajo tanto en tiempo como en esfuerzo que Schreber tuvo que realizar.

6. 1. 2: El caso Marie

Para la exposición de este caso, y a pesar de que existe versión en español¹⁹, seguiremos punto por punto el recorrido que Vicente Palomera realiza en su libro *Pioneros de la psicosis*, debido a que presenta con absoluta claridad la historia clínica, los puntos más importantes del análisis que Marie tuvo con Landauer y la lógica del caso en sus líneas fuertes.

Karl Landauer publica su artículo *La cura espontánea de una catatonía* en 1914 y Freud lo cita por primera vez en su ensayo *Duelo y melancolía* de 1917. En él elogia a Landauer haber puesto de relieve la sustitución del amor de objeto por la identificación narcisista, sustitución que aparece muy presente en lo que Freud denomina “afecciones narcisistas” (psicosis)²⁰.

El desencadenamiento de Marie se produce tras el suicidio del padre por un tiro en la sien una noche a las once en su despacho. Marie, al oír el ruido, llega corriendo al despacho, se hiere con la pistola en el mismo lugar en el que se ha disparado su padre mientras ríe y salta con una expresión rígida en la cara. Grita cantando “¡muerto está! ¡Muerto está! ¡Once horas!”. A partir de aquí entra en un estado de catatonía por el que es ingresada ocho semanas en un sanatorio. Allí se recupera rápidamente y vuelve a retomar su vida sin que aparentemente haya secuelas.

Para comprender qué es lo que ha pasado a nivel psíquico vamos a seguir la historia de Marie y la elaboración que Landauer realiza del caso.

Cuando nace Marie, su madre fallece a consecuencia del parto. Tiene un hermano mayor al que llevan a vivir con sus abuelos y al que Marie apenas verá.

Un año después del fallecimiento de su esposa, su padre se vuelve a casar y se separa cuando Marie tiene 15 años. Un año después de esta separación se casa por tercera vez con

¹⁹ Landauer, K. “curación espontánea de una catatonía” [1914], *Referencias. Sigmund Freud (2)*, Biblioteca del campo freudiano de Barcelona (Documento interno).

²⁰ Palomera, V. (2014). *Pioneros de la psicosis*, p. 177.

una mujer mucho más joven que él y muy bella. El padre de Marie tiene en esa época más de cincuenta años y vive con el miedo de perder a su esposa por un hombre más joven. Intenta mantenerla a su lado por medio del dinero, lo que le lleva a especular en bolsa y a quedar arruinado. Al mismo tiempo se entera de que su esposa le ha engañado. En esta coyuntura acontece el suicidio y el desencadenamiento descrito de su hija. Marie tiene entonces diecisiete años.²¹

Después de salir del sanatorio, con dieciocho años, Marie se dedica al teatro. Lleva una vida introvertida y sin novios, pero destaca un episodio. Marie acude a ver a un amigo de su padre (un médico de cabecera de la misma edad que su padre), se sienta en su regazo y se alegra mucho al ver que eso le excita. Al día siguiente Marie lo va a ver a su habitación, se vuelve a sentar en su regazo, lo provoca y mantienen relaciones sexuales²².

Marie cuenta que se entrega a ese hombre sin cariño ni amor especial. Afirmará haberse sentido muy intrigada por el acto sexual y que se había contenido hasta entonces porque sabía que una vez empezara, se convertiría en un vicio; por ello hasta ese momento se había limitado a la práctica de la masturbación²³.

Un año después Marie cambia su comportamiento sexual, tiene siempre novio y de vez en cuando algún lío. Se hace amiga de una compañera suya, la cual trata de estimularla para mantener relaciones homosexuales, a lo que Marie no consiente. Esta amiga fallece a causa de un aborto y la hermana pequeña de ella, llamada Margarete, ocupa su lugar para Marie²⁴.

Margarete es una persona de aspecto fino, pero no muy bonita. Tiene un novio que se desentiende de ella cuando queda embarazada. Margarete hace todo lo posible para interrumpir el embarazo, no se cuida y va a Viena a abortar. Esto hace que Marie se separe de ella²⁵.

Marie no tiene relaciones homosexuales, pero realiza actos que van en esa dirección. Demuestra interés por las exhibiciones de mujeres siendo su actividad principal sentarse en un café elegante, si en la mesa de al lado se sienta una mujer que le gusta, la observa fijamente hasta que se da cuenta y entonces mueve visiblemente la lengua entre sus labios. Cuando ve que la mujer reacciona, se excita mucho y Marie dice “entonces tengo que arreglármelas para estar con un hombre, en esos momentos estoy como loca”. Landauer señala dos cosas: la

²¹ *Ídem*, p. 177-178.

²² *Ídem*, p. 178-179.

²³ *Ídem*, p. 179.

²⁴ *Ibidem*.

²⁵ *Ibidem*.

fuerte pulsión voyeurista de Marie y su habilidad para dirigir la excitación homosexual hacia la vía heterosexual²⁶.

En este punto se integran otros juegos preparativos del acto sexual, entre los que destaca la escena con el médico de cabecera. Marie intenta provocarlo, aplaza el coito lo más posible y rechaza al hombre. Cuanto más excitado está él, más le gusta a ella y no espera una mayor potencia sexual. Lo que le produce placer es observar la excitación del hombre y torturarlo con la demora²⁷. Se vuelve a presentar la necesidad que tiene Marie de ver, de observar.

También se engarzan aquí las fantasías sexuales, que tienen importancia no sólo como placer preliminar, sino como placer principal. La pulsión voyeurista es muy elevada y Marie no resiste el impulso de levantarse por la noche y espiar el dormitorio de sus tíos. Además, admite directamente que de niña había espiado con gran excitación y curiosidad lo que sucedía entre sus padres. Aquí Landauer reconoce que las pulsiones voyeuristas son el esfuerzo de Marie por reconstruir las escenas que espiaba en el dormitorio de sus padres y que sitúa a la edad de 4-5 años. Sin embargo, lo que a Landauer le llama la atención es el relato directo de esas escenas con ausencia total de resistencias²⁸.

En este punto Landauer describe algo de la transferencia de Marie. Es una transferencia positiva muy fuerte desde el principio. Landauer es judío y médico (como el amigo del padre), dos condiciones fundamentales para Marie. A Marie le produce un gran placer libidinal relatar y detenerse en aquellas experiencias infantiles. Mientras relata, de vez en cuando tiene poluciones y se suele masturbar por la noche después de estos relatos²⁹.

De los episodios que relata, uno es crucial para comprender los preliminares previos al acto sexual de Marie. En un cumpleaños de su padre Marie se había vestido para poder felicitarle antes de que se levantara. En la habitación de sus padres todo estaba en silencio y al mirar en el interior, Marie ve que la cama de su padre estaba vacía. Su madre estaba sentada en la cama frente al espejo, maquillándose tras haber terminado la higiene de sus partes íntimas, preparándose para acostarse. El padre entra en la habitación vestido con ropa interior, despierta a su madre con besos y tienen relaciones sexuales. Marie huye airada, permaneciendo inmóvil todo el día sin felicitar a su padre³⁰.

Lo curioso es que Marie relata de forma repetitiva estas escenas, que parecían sacadas literalmente de un libro erótico de la época. Además, Landauer señala la coincidencia entre

²⁶ *Ídem*, p. 180.

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ *Ídem*, p. 180-181.

²⁹ *Ídem*, p. 181-182.

³⁰ *Ídem*, p. 182.

esta novela, los relatos de Marie y sus prácticas de masturbación frente al espejo. También destaca la masturbación frente al espejo y la frase del libro “todas las mujeres gozan... de la voluptuosidad del hombre”³¹.

En este punto sale a la luz el mecanismo de identificación que define a Marie. La facilidad con que Marie maneja este mecanismo hace posible tornar consciente lo que en otros momentos estaba fuertemente reprimido en Marie³².

En el momento en que Landauer atiende a Marie, tras llegar a este punto del análisis, lo que está en relieve es su identificación con la madre, pero lo que precedía a ese estado actual era un extenso tiempo de identificación absoluta con el padre: es el tiempo de la psicosis, tal y como muestra la escena del desencadenamiento³³.

¿Qué ocurrió en las ocho semanas que Marie pasa en el sanatorio? Que Marie había estado en la cama sin cambiar de posición, con el cuerpo totalmente rígido y flexibilidad cérica, totalmente catatónica. No decía nada salvo en ocasiones “¡muerto está! ¡Muerto está! ¡Once horas!”, cantando. Después de su curación tampoco pudo averiguarse nada de sus procesos internos de esa época. Al contrario de lo habitual en otros temas, aquí Marie permanecía callada. Sólo dio una vez la razón de esta reticencia: “¡Estoy tan avergonzada! ¡Ahora estoy completamente desnuda frente a ellos!”³⁴.

Esas ocho semanas en el sanatorio están dominadas por fantasías en las que Marie se ve con su madre. No sabía explicarse “¿por qué jamás he fantaseado con mi padre? Y eso que quería morirme para estar con él”. Landauer le da el sentido a través de la exclamación “¡muerto está!”: se han cumplido los deseos inconscientes de muerte contra su padre, por lo que ya no le molestará en la posesión de su madre. Marie se da ahora cuenta de por qué no pudo felicitar a su padre en aquel cumpleaños³⁵.

Aparece una anécdota que revela el odio de Marie hacia su padre. Ella tenía 7 años y había ido a visitar a sus abuelos al campo. Cometió una travesura y le amenazaron con enviarla a casa junto al padre. A Marie esto le pareció tan espantoso que prefirió morirse. Escapó de la granja, le faltó valor para lanzarse al río y se quedó un día y medio en el cañaveral. Estaba desnuda porque en vez de lanzarse ella al agua, había lanzado su ropa (por lo que Landauer señala la importancia de la ecuación ropa = yo). A la segunda noche entró en la casa, se coló en su dormitorio, pero de madrugada se instaló en la caseta del mastín. Su

³¹ *Ídem*, p. 183.

³² *Ibidem*.

³³ *Ibidem*.

³⁴ *Ídem*, p. 184.

³⁵ *Ibidem*.

padre, que había acudido de la ciudad al saber su desaparición, la sacó de allí, la acarició y no la castigó³⁶.

Durante muchos años este odio a su padre había permanecido en su inconsciente. Lo había olvidado hasta el punto de querer ponerse en el lugar de la madre. Con 15 años tomó las funciones de madre de la casa y su padre la llamaba “mi mujercita”. Ahí vino el primer golpe: su padre la abandonó y se casó con otra, que Marie debido a ello odiaba desde el primer día. Al ser expulsada de su lugar de ama de casa, pasó a ayudar a su padre en la oficina, pero seguirían los engaños. A su padre, que era rico, su mujer le engañó sin ocultarlo. Su héroe se había tornado ridículo y el suicidio a las 11 de la noche mostró a Marie que su padre la había abandonado indignamente y para siempre³⁷.

Landauer entiende la psicosis de Marie a través del odio al padre y del amor hacia la madre. Cuando muere el padre, hay un gran conflicto entre el amor y el odio frente a él. Marie se sustrae a este conflicto identificándose con el padre. La tesis de Landauer es que, en lugar de acabar el duelo, lo cual sería cosa del amor, Marie abandona el amor y recurre a la elección de objeto primitiva característica del narcisismo. Con esto transforma el odio en amor en su forma narcisista unificada. Debido a este descubrimiento, Landauer interpreta el caso Marie como una esquizofrenia³⁸.

Entonces, el grito “¡Muerto está!” enuncia la victoria del odio reprimido y el cuadro clínico de estar muerta corresponde a la identificación narcisista por regresión. Marie, en sus fantasías, realiza desde la etapa narcisista otra elección de objeto, en este caso homosexual, que no sirve para adaptarla a las exigencias de la vida, por lo que es un intento fracasado de curación³⁹.

No obstante, incluso durante la psicosis, la identificación con el padre no es la única. Marie se hace la muerta, pero la madre también está muerta, por lo que se identifica también con ella. Es aquí donde tiene que empezar la curación, con el fin de cubrir por completo ese complejo secundario que busca en el padre la pareja de los placeres sexuales y que ha llevado a una vida sexual predominantemente narcisista⁴⁰.

Estos puntos se esclarecen con la revelación que Marie realiza de su momento de salida de la catatonia. Landauer le pregunta con quién compartió habitación en el sanatorio y Marie narra: “en la cama de al lado había una enferma muy excitada que quería escaparse todo el

³⁶ *Ídem*, p. 185.

³⁷ *Ibidem*.

³⁸ *Ídem*, p. 186.

³⁹ *Ibidem*.

⁴⁰ *Ídem*, p. 186-187.

tiempo. La mañana que me curé incluso se peleó con la enfermera. Entonces salté de la cama y me quise escapar también, pero la enferma me contuvo”. Marie relata que la enfermera era alta y añade que “tenía un poco de barba”. Es clara la identificación de Marie con una mujer, como demuestra la pelea con el marimacho de la enfermera, aquí Marie vuelve a ser la madre⁴¹.

El cambio había estado gestándose en Marie, por lo que la experiencia relatada sólo es el motivo superficial de la curación, no es el trauma verdadero. No obstante, demuestra cómo se aprovechan los símbolos del coito espiado de los padres, puesto que no se identifica exclusivamente con el padre, sino sobre todo con la madre. Marie se ha quedado en la elección de objeto narcisista⁴².

Vicente Palomera esquematiza los siete ejes sobre los que Landauer articula el caso Marie⁴³:

- 1) Vida pulsional dominada por el nivel escópico.
- 2) Fantasma con raíces en una escena primaria a los 5-6 años.
- 3) Dos traumas que se ponen en serie: el suicidio del padre y la escena primaria. El suicidio del padre implica una identificación con él (cae catatónica y sus palabras son la expresión del triunfo, ya que tras la escena primaria ella odia al padre).
- 4) Si la muerte del padre tenía que desencadenar un conflicto entre el amor y el odio, Marie lo evita identificándose con el padre muerto, poniendo en funcionamiento una regresión al narcisismo en lugar de un duelo.
- 5) La identificación narcisista se sostiene en el síntoma de su mortificación (estado catatónico).
- 6) En el fantasma Marie pone en juego una elección de objeto homosexual. Muerto el padre, ella puede amar a su madre (es importante destacar que su madre murió al nacer Marie, por lo que tenemos dos identificaciones mortíferas).
- 7) A los dos traumas previos se añade un tercero, el que acompaña su salida del estado catatónico (identificación con la enferma peleando con la enfermera que parece un hombre). Se trata también de una identificación narcisista y se comprueba la oscilación de Marie entre una posición homosexual y otra heterosexual.

Palomera observa que el falo es la función que posibilita en la estructura que el sujeto pueda sentirse vivo. En la psicosis el sujeto no dispone de la identificación fálica que le

⁴¹ *Ídem*, p. 187.

⁴² *Ibidem*.

⁴³ *Ídem*, p. 187-188.

permita asumir el deseo de la madre, lo que se traduce en su muerte subjetiva y en una salida erotomaniaca. En este sentido, la identificación de Marie - por la que asume el deseo de la madre - se apoya en el fantasma del encuentro sexual de los padres⁴⁴.

La identificación narcisista propia de la melancolía ilustra que la identificación con el objeto perdido anula el deseo e impide que siga operatoria la categoría del yo. El propio Freud señala que, en la melancolía a diferencia del duelo, lo que se pierde es el yo⁴⁵.

6. 1. 3: Los ojos torcidos de Emma A.

Este tercer caso es más bien una viñeta clínica, puesto que desconocemos casi toda la historia de la paciente, así como la coyuntura de desencadenamiento de la psicosis. Si nos atrevemos a utilizar una viñeta clínica de esquizofrenia en vez de un caso completamente elaborado y estructurado para nuestra investigación - que justamente tiene como su núcleo a la esquizofrenia -, es debido varias razones.

En primer lugar, esta viñeta de apenas unos párrafos ilustra de manera ejemplar la peculiar relación del sujeto esquizofrénico con el lenguaje y con el cuerpo.

En segundo lugar, en Emma A. se evidencia el intento de curación que el sujeto esquizofrénico puede elaborar como intermedio entre el extrañamiento o desconexión del mundo y la construcción de un sistema delirante.

En tercer lugar, el propio Sigmund Freud tomó la viñeta de Emma A. como punto de base de la reformulación de su teoría del inconsciente, lo que le permitió incluir en ella a la psicosis y aportar respecto a esta estructura nociones fundamentales.

En cuarto lugar, Emma A. ilustra como pocos casos la afirmación lacaniana respecto a la esquizofrenia, según la cual en ella todo lo simbólico es real.

Por todas estas razones basaremos parte de nuestra investigación en la viñeta protagonizada por Emma A.

Como acabamos de señalar, habiéndolo desarrollado extensamente en nuestra introducción, Sigmund Freud relata la problemática de Emma A. en su obra de 1915 *Lo inconsciente*. Freud aclara que esta viñeta clínica fue facilitada por el doctor Victor Tausk.

⁴⁴ *Ídem*, p. 189.

⁴⁵ *Ídem*, p. 190.

Cuatro años después, en 1919, el propio Tausk publica la referencia y el relato de Emma A. en su artículo fundamental *Acerca de la génesis del aparato de influir en el curso de la esquizofrenia*⁴⁶. Junto a Emma A., Tausk pone en serie varias viñetas clínicas de otras personas y desarrolla un caso clínico, el de Natalia A.

La idea de Tausk con su artículo es poner de manifiesto que pueden existir delirios alucinatorios crónicos sin persecución, es decir, que algunos sujetos pueden verse afectados por un sentimiento de extrañeza sin buscar la causa del mismo en una fuerza hostil o ajena: puede haber “máquina de influir” sin que haya delirio de persecución⁴⁷.

En este sentido Tausk elabora una jerarquía que recorre desde vivencias de alteración corporal (grado mínimo) hasta la sistematización delirante de un aparato de influir controlado por el perseguidor (grado máximo).

Dicha jerarquía se compone de: 1) simples sentimientos de alteración, primitivamente sin sentimiento de extrañeza y después acompañados por éste, sin referencia a una persona responsable; 2) sentimientos de alteración en forma de sensaciones anormales con designación de un responsable, que es el propio enfermo; 3) sentimientos de alteraciones con designación de un responsable que se sitúa dentro del enfermo, pero que no es el enfermo mismo; 4) sentimientos de alteración con proyección alucinatoria del proceso interior hacia el exterior, sin designación de un responsable y sin sentimiento de extrañeza al principio, pero acompañada después por este; 5) sentimientos de alteraciones con designación de responsable por vía de identificación (aquí se sitúa Emma A. para Tausk); 6) sentimientos de alteraciones con proyección del proceso interior hacia el exterior, y designación de un responsable según el mecanismo paranoico; 7) sentimientos de alteraciones atribuidos a un “aparato de influir” manipulado por enemigos⁴⁸.

Esta jerarquía implica para Tausk que el aparato de influir es el estadio final de una evolución sintomática, la cual comienza por sentimientos de alteración corporal y vivencias de extrañeza⁴⁹. Consideramos que esta cuestión es sumamente interesante, ya que entre la irrupción de la extrañeza y/o las vivencias de transformación corporal y la elaboración final de un delirio como síntoma, se posibilitan vías intermedias de afrontamiento que van

⁴⁶ Tausk, V. *Acerca de la génesis del aparato de influir en el curso de la esquizofrenia* [online]: http://cepsifotocopiadora.com.ar/archivos/folios/33439_2015922.pdf [consulta 30 de noviembre de 2016].

⁴⁷ Palomera, V. (2014). *Pioneros de la psicosis*, p. 195. [cita de Tausk] “existe un grupo de enfermos que renuncian totalmente a satisfacer su necesidad de causalidad; simplemente aducen sentimientos de transformación y fenómenos extraños en su persona psíquica o física, sin buscar por eso la causa en un poder hostil o ajeno”.

⁴⁸ Tausk, V. *Acerca de la génesis del aparato de influir en el curso de la esquizofrenia* [online]: http://cepsifotocopiadora.com.ar/archivos/folios/33439_2015922.pdf [consulta 30 de noviembre de 2016].

⁴⁹ *Ibidem*: “A partir de ello nos encontramos, al parecer, a punto de admitir que el aparato de influir es el término final de la evolución del síntoma, que comenzó con simples sentimientos de transformación”.

marcando la posición del sujeto en la estructura, así como posibles tentativas de curación del propio sujeto.

Pasamos a citar la viñeta de Emma A. tal y como la relata Victor Tausk en su artículo:

“Relataré asimismo un caso particular de paranoia somática que ha de ser un argumento especialmente válido en apoyo de la hipótesis del proceso evolutivo, tal cual expongo en el presente artículo. Dentro de otro contexto, Freud ya ha citado este ejemplo: la señorita Emma A. se sentía influida de una manera completamente insólita, por aquel al que ella amaba. Decía que sus ojos no estaban correctamente ubicados en su rostro, que se habían torcido. Esto provenía del hecho de que su querido era un mal hombre, un mentiroso, que hacía “torcer los ojos”. En la iglesia se sintió un día bruscamente sacudida como si la hubieran cambiado de lugar: su querido era alguien que engañaba y la había vuelto mala y parecida a él mismo”⁵⁰.

A continuación, Tausk profundiza un poco en la explicación del síntoma de Emma A.:

“La enferma no se siente simplemente perseguida e influida por un enemigo. Más bien se trata de un sentimiento de influencia por identificación con el perseguidor. Recordemos la tesis defendida por Freud y por mí mismo [...]: la identificación dentro del mecanismo de la elección de objeto precede a la elección de objeto por proyección, que constituye la verdadera posición del objeto. Entonces podemos considerar el caso de Emma A. como una fase evolutiva del delirio de influencia que precede a la proyección del sentimiento de influencia sobre un perseguidor ubicado a distancia en el mundo exterior; constituye un paso entre los sentimientos de transformación de la personalidad, sentidos como extraños y sin que se los impute a extraño alguno, y las transformaciones atribuidas al poder de una persona exterior. La identificación representa un paso intermedio entre el sentimiento de alienación y el delirio de influencia”⁵¹.

Después de la reseña de Tausk, consideramos necesario contraponer esta con la lectura que Freud hace de Emma A.:

“Una de las enfermas de Tausk, una muchacha que fue llevada a la clínica después de una querrela con su amado, se queja: Los ojos no están derechos, están torcidos {verdrehen}. Ella misma lo aclara, exponiendo en un lenguaje ordenado una serie de reproches contra el amado. Ella no puede entender que a él se lo vea distinto cada vez; es un hipócrita, un torcedor de ojos {Augenverdreher, simulador}, él le ha

⁵⁰ *Ibidem.*

⁵¹ *Ibidem.*

torcido los ojos, ahora ella tiene los ojos torcidos, esos ya no son más sus ojos, ella ve el mundo ahora con otros ojos.

Las preferencias de la enferma [...] echan luz sobre el significado y sobre la génesis de la formación léxica esquizofrénica. En acuerdo con Tausk destaco yo, en este ejemplo, que la relación con el órgano (con el ojo) se ha constituido en la subrogación de todo el contenido [de sus pensamientos]. El dicho esquizofrénico tiene aquí un sesgo hipocondríaco, ha devenido lenguaje de órgano.

Una segunda comunicación de la misma enferma: Ella está en la iglesia, de repente le da un sacudón, tiene que ponerse de otro modo {sich anders stellen}, como si alguien la pusiera, como si fuera puesta. Y ofrece luego el análisis de eso mediante una nueva serie de reproches contra el amado, que es ordinario, y que a ella, que por su cuna era fina, la hizo también ordinaria. La hizo parecida a él mismo, porque le hizo creer que él era superior a ella; ahora ella se convirtió en lo que él es, porque creía que sería mejor si se le igualaba. Él ha falseado su propia posición {verstellen}, ella es ahora como él (¡identificación!), él le ha falseado la posición.

El movimiento del ponerse-de-otro-modo, observa Tausk, es una figuración del giro “falsear la posición” y de la identificación con el amado. De nuevo destaco la prevalencia, en toda la ilación de pensamiento, de aquel elemento que tiene por contenido una inervación corporal (más bien, la sensación de ésta)”⁵².

Para explicar la génesis de este lenguaje de órgano, Freud argumenta que en la esquizofrenia prevalece la referencia a la palabra en lugar de la referencia a la cosa. Termina señalando que el lenguaje de órgano es un síntoma y, como tal, una tentativa de curación del propio sujeto.

Por tanto, lo que le sucede a Emma A. es que ella utiliza una expresión corriente de la lengua alemana y la toma al pie de la letra: el amigo es un hipócrita (que en alemán literalmente se escribe y pronuncia “torcedor de ojos”). Si ella puede mostrar por el lenguaje que un mentiroso o un hipócrita es una persona que “tiene los ojos torcidos”, inmediatamente da a esta expresión una réplica directa en el ámbito del cuerpo, evacuando el valor metafórico que tiene la expresión⁵³. En esto consiste fundamentalmente el lenguaje de órgano definido por Freud.

En otras palabras, si en la esquizofrenia predomina la relación de palabra sobre la relación de cosa, quiere decir que la combinación significativa (la relación de palabra) no implica la relación de cosa (el efecto de significado)⁵⁴. Se produce entonces el lenguaje de órgano.

⁵² Freud, S. (2008). *Lo inconciente*, en *Obras Completas*, T. XIV, p. 194-195.

⁵³ Palomera, V. (2014). *Pioneros de la psicosis*, p. 197.

⁵⁴ *Ídem*, p. 201.

¿Por qué para Freud el lenguaje de órgano de Emma A. es un intento de curación? Porque para Freud, a partir de su artículo *Lo inconsciente*, la representación inconsciente es la representación-cosa, mientras que la representación consciente es la representación-cosa + la representación-palabra. Por tanto, la represión va a consistir en rechazar la traducción de la representación-cosa (inconsciente) a la representación-palabra.

Es decir, expresándolo toscamente, la represión va a rechazar las palabras enlazadas a las cosas (que permanecen en el inconsciente y, por tanto, reprimidas). Sin embargo, en el lenguaje de órgano lo que está a cielo abierto son justamente las palabras. Precisamente por ello, para Freud el lenguaje de órgano ya no tiene que ver con el mecanismo de la represión, sino que es un síntoma, un intento de curación que realiza el sujeto para volver a apropiarse de los objetos, cuya libido ha retirado de los mismos a causa del desencadenamiento psicótico.

Por todo ello, la especificidad de la esquizofrenia para Freud reside en la ausencia de traducción de las cosas a las palabras⁵⁵.

Para el sujeto esquizofrénico el primer paso para recuperar los objetos perdidos pasa por la palabra del objeto. El sujeto se ve obligado a contentarse con esta parte del objeto, en el lugar de la Cosa⁵⁶.

Por otro lado, en Emma A. existe el síntoma de la sacudida en la iglesia. En esta vivencia corporal ella siente que *ha sido puesta de otra manera*, que *le han falseado la posición*. Cuestión que inmediatamente atribuye al amado, explicándose que como él era un ordinario y ella de cuna fina, él la puso a su nivel haciéndole creer a ella que así sería una persona mejor. Tanto Freud como Tausk señalan la importancia del mecanismo identificatorio con el amado en esta secuencia.

Para comprender el sentido de esta identificación y profundizar en la lógica de la esquizofrenia es necesario seguir las intelecciones que Vicente Palomera realiza respecto al autoerotismo y la pulsión.

Este autor remarca que se ha de considerar el autoerotismo como un momento mítico en el tiempo histórico, pero real en el tiempo lógico de la constitución del sujeto. En la constitución del sujeto la pulsión parcial se conforma como tal (en un movimiento de ida y vuelta, trayecto pulsional que sostiene la emergencia del sujeto)⁵⁷.

⁵⁵ *Ídem*, p. 202.

⁵⁶ *Ibidem*.

⁵⁷ *Ídem*, p. 207.

La fase de autoerotismo entonces es una metáfora fundamental que, en torno a la pérdida del primer objeto (el pecho), despliega sus efectos en tres vertientes. En el lugar de la zona erógena, donde se separa el objeto de la necesidad, se produce una triple sustitución: 1) una excitación proveniente del exterior, que perturba la superficie del cuerpo, se anticipa a la excitación endógena llegando a absorberla; esto introduce la paradoja de una tensión que alivia a otra; 2) a la respuesta del Otro portador del objeto de la necesidad, se sustituye el gesto del propio sujeto que traza sobre el cuerpo propio el contorno del objeto que falta; 3) el apaciguamiento que procura la satisfacción de la necesidad se borra en beneficio de un plus de placer, de un goce cuya causa es una falta⁵⁸.

Esta triple sustitución comporta una modificación radical de la relación del sujeto con su cuerpo: el niño pasa de una posición en la que es un cuerpo entregado al capricho del Otro, a una posición en la que tiene un cuerpo que se ofrece a su propio servicio. En el chupeteo (del pulgar o del chupete) el sujeto se divide, está al mismo tiempo del lado del Otro exterior y del lado del cuerpo, entre ambos la zona erógena hace de borde trazando un lugar de intercambios. El sujeto vuelve a llamar, desde el exterior, a la puerta de su propio cuerpo⁵⁹. Este es el efecto de la pulsión sobre el sujeto.

De esta manera, a través de la pulsión, el sujeto excava una falta en el Otro. Gracias a esta falta en el Otro, el sujeto tiene un espacio al que advenir para constituirse: la falta en el Otro excavada por la pulsión es el correlato del surgimiento del sujeto.

En el sujeto psicótico el Otro carece de falta. Es decir, el sujeto psicótico no ha podido poner en juego la triple sustitución que establece el circuito pulsional y, con él, la división subjetiva. Por tanto, en el tiempo lógico del autoerotismo para el psicótico la división del sujeto no ha tenido lugar y el objeto pulsional queda preso en lo real, por lo que el circuito pulsional queda abortado⁶⁰.

La no aparición de la división subjetiva tiene como consecuencia la ausencia del redoblamiento entre representante de la pulsión y la representación del mismo. Esta consecuencia se traduce en el ámbito de la pulsión en que ella queda truncada, reducida a un empuje que es el carácter primordial de la pulsión. La fuente también permanece, ya que es orgánica⁶¹.

⁵⁸ *Ídem*, p. 208.

⁵⁹ *Ibidem*.

⁶⁰ *Ídem*, p. 208-209.

⁶¹ *Ídem*, p. 209.

No obstante, ni el objeto de la pulsión (cuyo carácter indiferente da lugar a la sucesión metonímica de un objeto a otro) ni el fin de la misma (ya que el objeto no ha caído y la pulsión no puede hacer su recorrido) quedan acomodados en la psicosis⁶².

Precisamente por ello, es decir, debido a que el campo de la pulsión para la psicosis no trata con un objeto eternamente faltante, en el sujeto psicótico este objeto o bien queda pegado a la superficie del sujeto (de ahí la importancia para el psicótico del yo como superficie), o bien queda pegado a la superficie del otro. Por tanto, este cortocircuito bloquea el circuito pulsional con dos efectos: 1) no hay propiamente un goce del sujeto ligado a la pulsión, sino al goce del Otro que no es pulsión; 2) se produce un cortocircuito en el recorrido pulsional en el que no hay trayecto de retorno⁶³.

Con estas ideas podemos comprender la vivencia de Emma A. en la iglesia, la sacudida que experimenta y que atribuye a la acción del amado sobre ella.

En la esquizofrenia no ha habido división subjetiva (posteriormente matizaremos esta cuestión) ni, debido a ello, establecimiento del circuito pulsional que bordea el contorno de un objeto que siempre falta. En Emma A. el objeto pulsional ha quedado pegado a la superficie de aquel en el que ella se sostiene, su amado, con el fin de darse un límite a su yo a través del mecanismo de la identificación. El problema es que precisamente por la presencia real de dicho objeto, este se torna invasor.

En la esquizofrenia además se ha producido una separación entre cuerpo y yo, el yo no logra contener en su imagen el cuerpo gozante del sujeto.

Por tanto, podemos formalizar la lógica del sufrimiento de Emma A. en 5 puntos:

- 1) separación radical entre cuerpo y yo.
- 2) Inexistencia de circuito pulsional (ausencia de división subjetiva y permanencia del objeto pegado a una superficie yoica - o a la del sujeto, o a la del semejante, esta última posibilidad es la que opera en Emma A. -).
- 3) Identificación de Emma A. a su amado (consideramos, ya que la lógica del caso apunta hacia ello, que esta identificación puede ser un medio para darse una imagen que contenga lo real del cuerpo).
- 4) Debido a esta identificación imaginaria al amado, el objeto pulsional de Emma A. queda pegado a la imagen del yo del amado, la cual utiliza ella para tratar de contener lo real.

⁶² *Ibidem.*

⁶³ *Ibidem.*

- 5) El objeto pulsional sigue siendo invasor, pero al estar pegado a la imagen del amado debido a la identificación, ella atribuye los efectos experimentados en el cuerpo (sacudida en la iglesia) a la acción de su novio.

Emma A. pone de manifiesto la consecuencia de la ausencia de división subjetiva, truncamiento del circuito pulsional y separación entre cuerpo y yo, a saber, que el cuerpo es susceptible de convertirse en el asiento de las maniobras del otro (el semejante, el otro imaginario) que es elevado al poder del gran Otro⁶⁴.

⁶⁴ *Ídem*, p. 203-204.

6. 2: Análisis estructural de los casos clínicos: puntos en común y diferencias.

6. 2. 1: Puntos en común de los tres casos

A nivel estructural podemos situar tres grandes puntos en común que mantienen los casos que acabamos de exponer: los tres son casos donde la estructura de los sujetos es la psicosis, los tres sostienen en algún momento una posición esquizofrénica y los tres producen tentativas de salida o de curación. A continuación, pasamos a explicarlos con más detalle.

6. 2. 1. 1: Estructura psicótica y coyuntura de desencadenamiento

La estructura psicótica es una estructura psíquica y, por tanto, subjetiva, que se produce por la acción de un mecanismo causal denominado forclusión del significante del Nombre del Padre.

La estructura psicótica es, en términos generales, más frágil que la estructura neurótica. Esto quiere decir que, en condiciones estables sin desencadenamiento, para el sujeto psicótico el abrochamiento entre las palabras y el mundo del sentido se sostiene en una notable precariedad. Es decir, la unión entre el significante y el significado no es tan sólida como en la estructura neurótica.

Además, que la estructura psicótica sea más frágil que la neurótica también quiere decir que el nudo que mantiene unido el lenguaje y el cuerpo es también precario. Si nos posicionamos en la última enseñanza de Lacan, los tres registros que conforman el psiquismo humano - simbólico (lenguaje), imaginario (imagen del cuerpo) y real (goce) - son independientes entre sí. Para que surja el psiquismo humano han de estructurarse estos registros uniéndose entre ellos de forma borromea a través del *sinthome*. Pues bien, dicho anudamiento en la estructura psicótica es más débil y está expuesto a condiciones de desanudamiento que pueden provocar efectos devastadores en el sujeto.

El anudamiento borromeo de los tres registros independientes a través del *sinthome* significa que, si el nudo se rompe, los tres registros vuelven a recuperar su independencia. En otras palabras, debido a que el anudamiento de la estructura psicótica es más frágil, su desanudamiento suele provocar la separación del lenguaje, del goce del cuerpo y de la imagen

del cuerpo. En este punto estamos ya en la fase de desencadenamiento psicótico o, como la psiquiatría la ha denominado de forma desafortunada, en fase de brote psicótico.

El estallido sintomático que se produce en el momento de desencadenamiento o de desanudamiento de los registros es palpable de forma evidente y es algo que se observa de primera mano en los tres casos que hemos expuesto. No obstante, la estructura psicótica no abarca exclusivamente el momento de desencadenamiento y sus secuelas posteriores, sino que es una estructura que acompaña al sujeto durante toda su vida, antes y después del desencadenamiento. Esto es así porque la estructura surge con la constitución del sujeto y su posición de defensa ante lo real. Esta posición puede ser más fuerte o más débil, orientarse de una manera o de otra, puede mantenerse sin síntomas graves o con pequeños esbozos de los mismos, pero es ineliminable e inmodificable¹.

Debido a ello el propio Lacan se interesó por lo que llamó *fenómenos de franja*². Son fenómenos que indican la estructura psicótica antes del desencadenamiento visible, es decir, son los signos ínfimos, mínimos, de la forclusión en un sujeto psicótico que permanece estable.

Como ejemplos podemos citar los siguientes: carencia discursiva respecto a la propia historia (ausencia de discurso historizado), alteraciones respecto a las relaciones sexuales o inexistencia de las mismas, cuestiones lábiles respecto a la identidad sexual, dificultades en el lazo social, suspicacia especial en el lazo social, pasajes al acto no muy acusados, ciertas sensaciones cenestésicas, de despersonalización o desrealización, etc.

Reseñamos estas cuestiones con el fin de aclarar que la estructura psicótica no es un momento determinado en la vida del sujeto, sino que es toda su vida psíquica en global y, por tanto, puede ser identificada si se sabe dónde mirar y qué buscar, es decir, si se sabe en qué consiste la forclusión del significante del Nombre del Padre y los efectos que puede producir en esferas claves del sujeto - cuerpo, sexualidad, discurso, significación, historia, etc.

-.

¹ Queremos decir que lo que es ineliminable e inmodificable es la estructura, no la posición del sujeto en la misma. Los cambios de posición del sujeto en la estructura quedan evidenciados en las maniobras que Schreber, Marie y Emma A. realizan después de su estallido sintomático de desencadenamiento psicótico.

² Lacan, J. (2010). *Seminario 3: Las psicosis*, p. 292-293: “Antes de intentar resolver estos problemas, quisiera hacerles notar cómo se manifiesta la aparición de la pregunta formulada por la falta del significante. Se manifiesta por fenómenos de franja donde el conjunto del significante está puesto en juego. Una gran perturbación del discurso interior, en el sentido fenomenológico del término, se produce, y el Otro enmascarado que siempre está en nosotros, se presenta de golpe iluminado, revelándose en su función propia. Esta función entonces es la única que retiene al sujeto a nivel del discurso, el cual amenaza faltarle por completo, y desaparecer. Este es el sentido del crepúsculo de la realidad que caracteriza la entrada en la psicosis”.

Ahora bien, en los tres casos nos encontramos con una psicosis ya desencadenada, lo cual nos lleva al interrogante sobre qué tiene que ocurrir para que una psicosis se desencadene.

La primera elaboración de Lacan respecto a esta cuestión aparece en su escrito *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*, donde enuncia que lo que desencadena la psicosis es precisamente el encuentro con *Un-padre*³, es decir, el encuentro con una situación o persona que llaman al significante del Nombre del Padre. El sujeto, al no tener ese significante, encuentra un vacío que le desestabiliza, puesto que no puede responder. Es entonces cuando rompe la psicosis con sus efectos devastadores.

Esta es la definición clásica de las coyunturas conocidas de desencadenamiento. Sin embargo, esta definición de desencadenamiento es dependiente de la primera concepción lacaniana de forclusión, aquella que actuaba sobre el significante del Nombre del Padre.

Como hemos desarrollado en nuestra introducción, Lacan a lo largo de su enseñanza va variando la concepción de la forclusión a medida que desarrolla la lógica significante del sujeto y a medida que va ampliando el horizonte y los efectos de lo real, lo que tiene como consecuencia la pluralización de los Nombres del Padre.

Por tanto, al incorporar las nuevas elaboraciones lacanianas, el desencadenamiento psicótico no sólo puede producirse por el encuentro con *Un-padre* que llama a algo que en el sujeto es puro vacío, sino que el desencadenamiento puede producirse por confrontarse al deseo del Otro (lo cual implica que el sujeto psicótico queda expuesto a la falta del Otro, falta que en ningún caso puede tolerar). Puede producirse también por la ruptura del apoyo imaginario que el sujeto psicótico mantenía con otra persona, o por que el *sinthome*, tal vez encarnado en la forma de suplencia, queda desbordado por determinada circunstancia de la vida y es incapaz de mantener unidos los registros.

En definitiva, con la perspectiva de las últimas elaboraciones de Lacan podemos afirmar que el desencadenamiento psicótico se puede producir en cualquier circunstancia que provoque la disolución de los registros. En otras palabras, el desencadenamiento psicótico puede acontecer ante cualquier circunstancia que provoque la incapacidad de lo simbólico y/o lo imaginario para contener lo real.

³ Lacan, J. (2009). “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”, en *Escritos 2*, p. 552: “Pero ¿cómo puede el Nombre-del-Padre ser llamado por el sujeto al único lugar de donde ha podido advenirle y donde nunca ha estado? Por ninguna otra cosa sino por un padre real, no en absoluto necesariamente por el padre del sujeto, por Un-padre. Aun así, es preciso que ese Un-padre venga a ese lugar adonde el sujeto no ha podido llamarlo antes. Basta para ello que ese Un-padre se sitúe en posición tercera en alguna relación que tenga por base la pareja imaginaria *a-a'*; es decir, yo-objeto o ideal-realidad, interesando al sujeto en el campo de agresión erotizado que introduce”.

Consideramos que este es el *quid* fundamental en la cuestión del desencadenamiento: una circunstancia cualquiera que pone en jaque al sujeto, en el sentido de que esa circunstancia no puede ser metabolizada por los registros imaginario o simbólico, lo cual produce un desbordamiento de lo real; o bien dicha circunstancia golpea el punto más frágil de dichos registros provocando su hundimiento y la invasión de lo real en la subjetividad de esa persona.

Vamos a comprobar cómo se produce el desencadenamiento psicótico en los tres casos reseñados.

En el caso del presidente Schreber su desencadenamiento puede ser leído desde la posición clásica del encuentro con *Un-padre*, de hecho, así es como Lacan lo interpreta.

En junio de 1893 es informado de su elección como presidente del Superior Tribunal. Desde este momento y hasta octubre de ese mismo año Schreber padece lo que podría denominarse un periodo prodrómico: se suceden sueños donde se ve a sí mismo padeciendo su patología de hace unos años (hipocondría) y aparece por primera vez la famosa representación de lo agradable que sería ser una mujer en el momento del acoplamiento.

En octubre de 1893 tiene que empezar a ejercer el cargo para el que ha sido nombrado y, justo ahí, comienza el desencadenamiento. Empieza de forma discreta, con un insomnio martirizador que le impide dormir. Este insomnio es provocado por la audición de ruidos en las paredes, pero dichos ruidos son la manifestación de un fenómeno elemental que anuncia que el sujeto está rompiendo en la psicosis.

En un corto periodo de tiempo - apenas unos meses -, el desencadenamiento psicótico se presentifica en todo su esplendor hasta conducir a Schreber a un estupor alucinatorio, a una fase de “crepúsculo del mundo” donde predominan las sensaciones corporales invasivas, las vivencias de haber muerto y la desconexión total con el lazo social. A partir de aquí la psicosis estalla en toda su devastadora magnificencia.

Debido a la secuencia que siguen los hechos clínicos, está claro que el acontecimiento que precipita el desencadenamiento es tener que ejercer el cargo al que Schreber ha sido ascendido. Tener que asumir el cargo de presidente del Superior Tribunal y desempeñar las funciones asociadas al mismo es para Schreber el encuentro con *Un-padre*.

Lacan destaca claramente que la característica esencial del encuentro con *Un-padre* reside en que éste se sitúa en posición tercera en alguna relación que tenga por base, para el sujeto, la pareja imaginaria *a-a'*; es decir, yo-objeto o ideal-realidad⁴. Es lo que le ocurre a Schreber;

⁴ *Ibidem*.

el tener que ejercer las funciones de presidente se sitúa como un elemento tercero entre el ideal y la realidad del propio Schreber. Es decir, esta circunstancia moviliza unos recursos, unas identificaciones o una posición de los que Schreber carece. Por tanto, al tener que asumir funciones que conducen a un agujero en el registro simbólico (tal y como Lacan lo entiende en los años cincuenta), Schreber encuentra sólo puro vacío cuando tiene que responder. Ese vacío provoca la caída del registro simbólico y, con él, la caída del registro imaginario. Los efectos de la caída de estos registros se muestran con toda la sintomatología que la acompaña. Es el desencadenamiento psicótico producido por la forclusión del significante del Nombre del Padre.

El desencadenamiento definido por el encuentro con *Un-padre* también permite explicar los otros dos momentos de patología grave que sufrió Schreber a lo largo de su vida.

El primero se sitúa en 1884, cuando presenta su candidatura a la cámara baja del Parlamento (Reichstag). En esa época sufre un ataque de grave hipocondría por el que tiene que ser internado en el sanatorio de Flechsig. El esquema es el mismo que acabamos de referir: la candidatura al Reichstag funciona como el encuentro como *Un-padre*.

Sin embargo, recordemos que para Freud este primer momento de patología de Schreber no traspasó nunca los límites de la neurosis, es decir, Schreber no sufrió entonces un episodio de desencadenamiento.

Si nos preguntamos por qué Schreber no se desencadenó entonces pero sí posteriormente, a pesar de que el encuentro con *Un-padre* es común a ambos episodios, podemos responder que en el caso de 1884 Schreber no tuvo que asumir las funciones de parlamentario, ya que perdió las elecciones. En el caso del episodio de 1893 sí hubo desencadenamiento porque en esta ocasión tuvo que asumir las funciones de presidente del Superior Tribunal. Por tanto, el encuentro con *Un-padre* no basta para romper a Schreber en la psicosis, además ha de tener que ejercer las funciones a las que ese *Un-padre* obliga.

Lo mismo podemos aducir en el tercer momento de patología, el cual cursó también con desencadenamiento psicótico. En 1907 Schreber tuvo que dirimir un problema legal referido a los establecimientos que su padre diseñó, los *Schrebergärten*. Varias asociaciones distintas reclamaban los derechos legales para poder ostentar legítimamente el nombre de Schreber en sus establecimientos, debido a ello acudieron al presidente Schreber para resolver la cuestión. Esta situación vuelve a tomar el cariz de encuentro con *Un-padre*, es decir, Schreber tiene que tomar posición y asumir funciones para poder resolver un problema que en realidad pertenece al legado de su propio padre. Como es inevitable que Schreber tome partido y

asuma las funciones necesarias para resolver ese litigio, el encuentro con ese *Un-padre* desencadena su último periodo de psicosis del que no saldrá hasta su fallecimiento en 1911.

Podemos leer también los desencadenamientos psicóticos de Schreber desde la perspectiva del desanudamiento de los registros psíquicos, pues precisamente es esto lo que provoca el encuentro con *Un-padre*.

La hiancia en el registro simbólico demuestra ser estructural, según las elaboraciones de Lacan a partir de los años sesenta. El problema en la forclusión entonces es que el sujeto se ve abocado a la confrontación con esa hiancia, que es por estructura, sin ninguna barrera para velarla.

La estructura de Schreber es psicótica, por lo que el anudamiento de los registros es precario. Además, debido a ello, carece de defensas que ayuden a mantener a distancia la falta en el Otro, como pudiera ser el fantasma. Por ello, el encuentro con las situaciones mencionadas le confrontan sin paliativos con la falta estructural del Otro. Su anudamiento no permite metabolizar estas situaciones, entonces caen los registros simbólico e imaginario produciendo una invasión de lo real en forma de vivencias corporales, perplejidad y desconexión con el mundo.

La estructura de Schreber le impide fagocitar el exceso de goce que deriva de una confrontación con la falta en el Otro. Este exceso de goce puro cortocircuita, por así decir, el sistema psíquico provocando el hundimiento en la sintomatología psicótica, consecuencia de la disolución del nudo que mantenía unidos los registros.

En el caso de Marie el desencadenamiento obedece a otra coyuntura, pero estructuralmente se producen efectos similares.

Recordemos que la situación de desencadenamiento de Marie se produce justo después del suicidio de su padre por medio de un disparo en la sien a las once de la noche. Al escuchar el ruido, Marie acude corriendo al despacho, donde encuentra el cadáver de su padre. Coge la pistola, se hiere en el mismo sitio donde se había disparado él y ríe y salta con una expresión rígida en la cara, mientras canta “¡muerto está! ¡Muerto está! ¡Once horas!”. Inmediatamente después entra en un estado de catatonia del que no saldrá hasta ocho semanas después.

La comprensión de la coyuntura del desencadenamiento de Marie es posible a partir de una lectura retroactiva de su caso. El análisis de Landauer pone de relieve la importancia del mecanismo de identificación para volver inteligible el caso de Marie. El propio Freud toma como ejemplo este caso para mostrar la sustitución que la identificación narcisista realiza

sobre el amor de objeto en el campo de la psicosis. Por tanto, el mecanismo de identificación tiene un papel protagonista en la coyuntura de desencadenamiento.

Landauer concluye que la posición de identificación primaria de Marie ha sido siempre con su madre, una madre que muere cuando Marie nace, por lo que es una identificación mortífera. De hecho, cuando su padre se vuelve a casar por segunda vez, Marie en su pubertad toma el lugar de la madre, asume las funciones de la casa. Hasta tal punto adopta el lugar de la madre que su propio padre llama a Marie en esa época “mi mujercita”.

Correlativamente a este desarrollo, el odio hacia el padre permanece latente. Este odio tiene sus raíces en una escena primaria donde Marie con 5 o 6 años es testigo, en un cumpleaños del padre, de la posesión sexual del padre hacia la mujer que hacía en esos momentos de madre (la segunda esposa). El análisis muestra a Marie que esta escena representa el apropiamiento por parte del padre de la persona que ocupa el lugar de madre al que se identifica Marie, de ahí el odio. Este odio sin embargo se relega al inconsciente y Marie, identificada al lugar de madre, toma las riendas de la casa facilitando la vida a su padre.

Cuando su padre se divorcia de su segunda esposa y se casa con la tercera, una mujer muy bella y bastante más joven que él, Marie se ve desplazada del lugar de ama de casa y se pone en peligro su identificación con el lugar de la madre. Sin embargo, no cesa en ayudar a su padre, en esta ocasión en la oficina, pero los acontecimientos toman un curso muy desafortunado para Marie. Su padre acaba arruinado por tratar de seguir ofreciendo lujos a la tercera esposa - con el fin de mantenerla a su lado -, a la que Marie odia. Además, esta mujer confiesa que le ha engañado, lo que lleva a su padre a suicidarse. Con el suicidio del padre, Marie se ve confrontada a dos situaciones que provocan el desencadenamiento.

Por un lado, la identificación al lugar de madre se vuelve de un desamparo absoluto para Marie. Durante los años previos esta identificación se había sostenido en conjunción con el padre, es decir, Marie ocupaba el lugar de la madre - mantenía su identificación a este lugar - a través de su padre, ayudándole en la casa y en la oficina. Para identificarse a su madre Marie necesitaba a su padre.

Por otro lado, el suicidio del padre confronta a Marie con el odio hacia él que permanecía desde hacía mucho en su inconsciente. Este odio se hace perceptible - prueba de ello son los cánticos de Marie “¡muerto está! ¡Muerto está! - y se ve abocada directamente hacia un conflicto entre el odio que siempre ha sentido y el amor que ha tratado de construir hacia su padre. ¿Cómo resuelve Marie este conflicto? La respuesta de Landauer es clara: Marie no lo resuelve, sino que lo evita a través de la identificación con el padre, de ahí el herirse en el mismo sitio en el que su padre se ha disparado.

Esta doble confrontación con lo insoportable (incapacidad de la identificación con el lugar de la madre para sostener a Marie que tiene como consecuencia el absoluto desamparo, y el conflicto entre odio y amor hacia el padre) determina las coordenadas de desencadenamiento de Marie.

Consideramos que el desencadenamiento de Marie puede explicarse por la ruptura de un apoyo imaginario mejor que con el encuentro con *Un-padre*, aunque también podría entenderse desde esta última óptica, ya que la muerte ocupa el lugar de término tercero en la relación imaginaria del yo de Marie con su objeto, tal y como define Lacan el encuentro con ese *Un-padre*.

La identificación fundamental de Marie es con el lugar de madre. Esto lo demuestra lo que acabamos de explicar sobre asumir las funciones de la casa y convertirse en “la mujercita” del padre, pero también lo demuestra el abandono de su amistad con Margarete. Recordemos que Margarete era la hermana pequeña de una amiga de Marie que fallece por las secuelas de un aborto cuando Marie cuenta con 19 años. Margarete se queda embarazada y trata de interrumpir el embarazo por sus propios medios, hasta que acude a Viena a abortar. Después del aborto, Marie abandona la relación con ella y en su análisis con Landauer aduce la razón: “no puedo entender que alguien no desee tener un hijo. Yo haría todo lo posible para tener uno, y cada vez que tengo la menstruación me pongo triste”⁵. Marie incluso llega a proponer una vez a Landauer que le consiga un hijo⁶. La identificación de Marie con el lugar de madre es esencial.

Ahora bien, esta identificación con el lugar de la madre sólo es accesible a Marie a través del registro imaginario. Es decir, necesita del semejante para poder sostenerse en dicha identificación, ya sea este semejante la figura del padre (Marie hace de madre en función de él), ya sea la figura de la segunda esposa (su odio hacia el padre comienza cuando en la escena primaria siente una invasión por parte de él sobre la esposa que ocupa imaginariamente el lugar de la madre), ya sea la tercera esposa (que usurpa el lugar imaginario de Marie de identificación con el lugar de madre), ya sean las amigas (la hermana mayor de Margarete fallece a consecuencia de un aborto y ésta se practica uno, por lo que Marie no puede sostener la relación con ella, porque la figura que le podría servir de identificación, Margarete, rechaza la maternidad).

Por tanto, podemos plantear que la identificación fundamental de Marie es una identificación imaginaria con el lugar de la madre. Es esta identificación imaginaria la que le

⁵ Palomera, V. (2014). *Pioneros de la psicosis*, p. 179-180.

⁶ *Ídem*, p. 180.

sirve a Marie como sostén en la vida, como punto de apoyo tanto para orientarse vitalmente como para contener el estallido psicótico.

Es decir, esta inflación del registro imaginario, sostenida en la identificación al lugar de madre, permite a Marie mantener unidos, aunque sea precariamente, los registros simbólico, imaginario y real.

El desencadenamiento entonces se produce cuando esta identificación imaginaria, este apoyo del sujeto en lo imaginario, se vuelve inoperante. La inoperatividad de la identificación imaginaria se produce por el suicidio del padre. ¿Qué es lo que ocurre? Que la figura fundamental que mantenía la dinámica de la identificación imaginaria de Marie con el lugar de madre era su padre. En torno a él, orbitando alrededor de su padre, Marie podía hacer de madre, podía sostenerse en su identificación imaginaria.

Cuando su padre se suicida, la identificación imaginaria de Marie queda inoperante, puesto que el punto fundamental para sostenerla era la presencia de ese padre. Con su muerte, se quiebra la identificación de Marie o, mejor dicho, la identificación imaginaria de Marie no puede sostener los tres registros anudados.

En otras palabras, es como si esa identificación imaginaria - que en Marie contiene lo real y lo apacigua - sólo pudiera mantenerse encendida y en funcionamiento particularmente a través de su padre. Si su padre desaparece, muere, entonces esa identificación imaginaria se apaga. Al apagarse, lo real queda libre y sin contención. Desencadenamiento psicótico, por tanto. Pero desencadenamiento producido por ruptura o inoperatividad del apoyo imaginario en el que el sujeto se sostenía hasta entonces.

Se comprende entonces el absoluto desamparo al que se ve abocada Marie. No sólo es desamparo porque una figura de amor haya muerto, sino que la desaparición de esa figura descubre un desamparo aún más profundo y terrible, el de la desaparición del sujeto disuelto en lo real.

Por otro lado, hay que subrayar que el desencadenamiento de Marie toma también la forma de identificación, en este caso una identificación al padre. Es otra identificación mortífera (la primera era a la madre muerta), puesto que esa identificación con el padre sólo se produce una vez que éste ha fallecido.

A nivel fenomenológico los síntomas de catatonía evidencian esa identificación con el padre muerto. Son síntomas que toman la forma de un sujeto sin vida, petrificado, muerto; por lo que el desencadenamiento también puede ser leído como lo hace Landauer, es decir, como un intento de evitar el conflicto entre el odio y el amor al padre o, en palabras del propio Landauer, como una regresión a la elección narcisista de objeto. Es esta regresión a

la posición narcisista lo que permite a Landauer calificar el caso de Marie como una esquizofrenia.

Estamos de acuerdo en considerar el desencadenamiento a este nivel, pero nos parece más fundamental el nivel de la inoperatividad de la identificación imaginaria de Marie. Además, que el desencadenamiento sea concebido como una regresión a la posición narcisista, tiene ver más con una regresión al autoerotismo más que al estadio del espejo, como trataremos de dilucidar en los siguientes apartados de esta investigación.

No obstante, que el desencadenamiento tome esta forma y permita a Marie usarlo para evitar un conflicto entre amor y odio, no subsume lo que está realmente en juego, a saber, la inoperatividad de la identificación imaginaria y su consecuencia visible en la disolución de los tres registros.

Por lo que se refiere al caso de Emma A., su coyuntura de desencadenamiento nos es desconocida. La ausencia de datos respecto a la historia y a la clínica anteriores y posteriores a la sintomatología coporal descrita por Tausk nos impide formular con rigor qué es lo que funciona como variable de desencadenamiento. Sin embargo, a título meramente hipotético y especulativo, queremos tratar de aproximarnos al posible punto de desencadenamiento siguiendo la lógica clínica que nos presenta la viñeta de Emma A.

Postulamos que la causa más probable del desencadenamiento de Emma A. pudo ser la confrontación con el deseo del Otro, encarnado en este caso en el Otro del amor, su pareja.

Planteamos esta idea teniendo en mente uno de los axiomas esenciales del psicoanálisis respecto a la constitución del síntoma, a saber, que lo que daña, limita o hace sufrir forma parte al mismo tiempo de la solución que el sujeto construye.

En el caso de Emma A. sus síntomas corporales están mediados por la identificación a su pareja: la paciente tiene los ojos torcidos para mostrar que su pareja es un hipócrita (“torcedor de ojos”) mentiroso. Asimismo, la sacudida corporal que vivencia en la iglesia es interpretada por Emma A. como el intento de su novio para falsearle la posición, cambiarla, hacerle creer que ella es menos que él cuando para la paciente la realidad es precisamente todo lo contrario.

Por lo tanto, la identificación con el novio, experimentada en el momento sintomatológico como invasiva, es muy importante en el caso de Emma A. Precisamente por ello nos atrevemos a postular que la posible coyuntura de desencadenamiento tuvo que ver con algo relativo a esta pareja.

Pudiera ser que el encuentro con este partenaire movilizara en Emma A. una respuesta o un lugar de los que ella carecía. Si fuera así, el desencadenamiento estaría producido por el encuentro con *Un-padre*.

También pudiera ser que Emma A. eligiera sostenerse en su pareja como apoyo imaginario y alguna circunstancia viniera a resquebrajar este sostén. Si este fuera el caso, el desencadenamiento se produciría por ruptura del apoyo imaginario, tal y como le aconteció a Marie.

Por último, y en consonancia con la segunda posibilidad, pudiera ser que algo en la relación con su pareja confrontara sin protección ni paliativos a Emma A. con el deseo del Otro que encarna su pareja. Es decir, pudiera ser que en la relación con su novio algo pusiera frente a Emma A. la falta estructural y constitutiva del registro simbólico, la falta en el Otro. No hay nada que muestre de forma más frecuente y probable esta falta que el deseo de las personas en las que nos identificamos o nos sostenemos.

Por eso decimos que esta última posibilidad está en consonancia con la posibilidad de desencadenamiento por ruptura del apoyo imaginario, ya que esta ruptura puede provocarla la mostración del deseo en el semejante. Entonces, el registro imaginario deja de ser completo y adolece de una falta que para el sujeto es insoportable.

Sea como fuere, consideramos la confrontación con el deseo del Otro - ya sea por la pura confrontación misma, ya sea porque evidencia una falta en un registro, el imaginario, que debería aparentar completud constante - la causa más probable del desencadenamiento de Emma A.

Esta confrontación con el deseo del Otro disuelve el nudo que mantiene unidos los tres registros y precipita a Emma A. a la psicosis. En un momento posterior, ella tratará de hacer un remedo de sutura de los mismos a través del cuerpo, las palabras en su pura literalidad y la identificación con su amado. Es el tiempo del intento de curación.

Esta cuestión será tratada con extensión en los siguientes apartados.

Pasamos ahora a comentar la posición esquizofrénica que se observa en los tres casos.

6. 2. 1. 2: Posición esquizofrénica

El segundo punto en común que mantienen los tres casos presentados consiste en que en todos ellos los sujetos mantienen una posición esquizofrénica inicial justo después del desencadenamiento psicótico.

Consideramos que estructuralmente la posición esquizofrénica del sujeto se define por las siguientes características: 1) fractura de la imagen del cuerpo que contiene el goce del cuerpo fragmentado; 2) regresión tópica al estado de goce de la lengua (estas dos características permiten suponer que en la constitución del sujeto esquizofrénico no ha habido apropiación subjetiva de la imagen del cuerpo en el estadio del espejo o bien este ha acontecido con graves dificultades o alteraciones); 3) aniquilación del sujeto del lenguaje.

Debido a que estas tres características están presentes en los casos reseñados, podemos afirmar que Schreber, Marie y Emma A. tienen en común una posición esquizofrénica inicial.

Las tres características estructurales de la posición esquizofrénica permiten ser deducidas por las circunstancias clínicas (comunicaciones de los sujetos, sintomatología presente y fenomenología visible). Trataremos entonces de mostrar estas características estructurales de la posición esquizofrénica en los tres casos expuestos.

a) Fractura de la imagen del cuerpo

Uno de los efectos fundamentales de la forclusión del significante del Nombre del Padre en el momento del desencadenamiento esquizofrénico consiste en quebrar la imagen del cuerpo, lo cual deja libre el cuerpo fragmentado real del sujeto.

Ya hemos desarrollado en nuestra introducción que la imagen del cuerpo no es innata en el ser humano, sino que debe apropiársela mediante lo que Lacan denomina “estadio del espejo”. El estadio del espejo otorga al sujeto una imagen de unidad de su cuerpo que viene a velar el cuerpo fragmentado producido por su inmersión en el mundo del lenguaje.

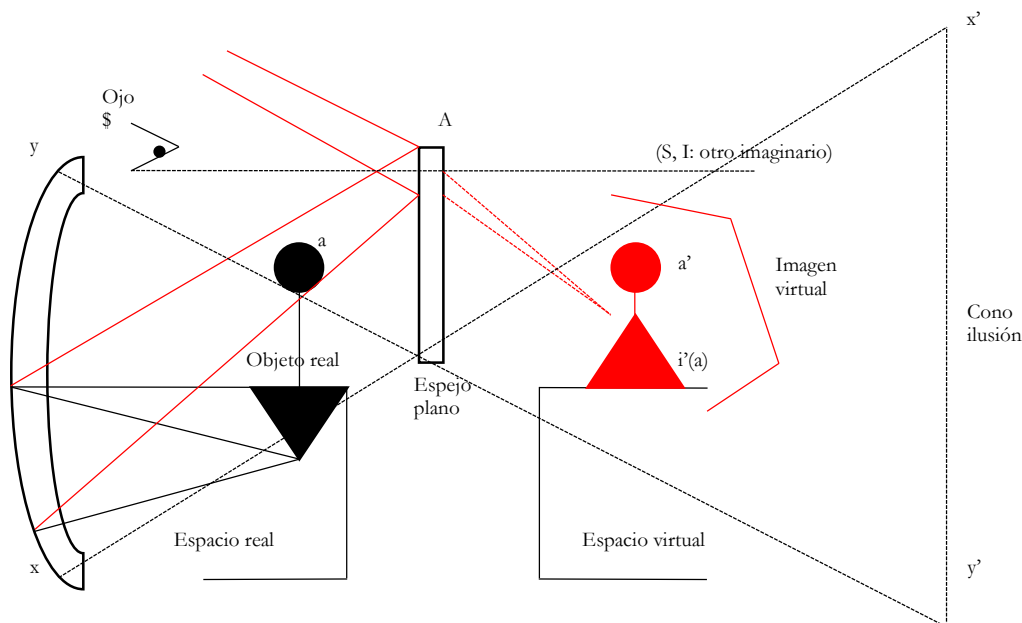
La imagen del cuerpo, por tanto, recubre la fragmentación corporal vivenciada como cenestesia invasiva y produce, entre otros efectos fundamentales, dos especialmente significativos para nuestra investigación: 1) introduce una barrera entre el sujeto y su goce, es decir, produce un primer distanciamiento de sensaciones corporales que se experimentan como invasivas; 2) introduce una primera localización subjetiva, es decir, hace brotar el germen del sentimiento de identidad inaugurando el narcisismo y estableciendo el registro

imaginario. El estadio del espejo abre un primer lugar en el sujeto donde este puede situarse y orientarse hacia sí mismo y hacia los otros.

El estadio del espejo depende del registro simbólico, de ahí la importancia fundamental otorgada por Lacan a la instancia del Ideal del yo para llevar a buen puerto la apropiación de la imagen corporal, que, recordémoslo, es externa al sujeto. El Ideal del yo está encarnado en los cuidadores primarios del niño (habitualmente la madre), y de su posición y actuación va a depender en gran medida que el sujeto consienta ser engañado y pueda apropiarse de su imagen corporal.

Debido a que el estadio del espejo es un proceso complejo que pone en juego elementos y actores externos e internos al propio sujeto, su buen resultado no está de ninguna forma asegurado. Además, aunque el estadio del espejo se haya desarrollado de forma óptima, no implica que este se mantenga constante y sólido a lo largo de la vida del sujeto. La imagen del cuerpo vela el cuerpo fragmentado, pero no hace que desaparezca. Lo real actúa produciendo efectos, a pesar de que estos sean silentes. La fragilidad de lo imaginario es inevitable.

Precisamente a causa de la complejidad del proceso constitutivo del estadio del espejo, podemos extraer tres grandes dificultades que podrían imposibilitarlo. Para definir dichas dificultades nos valdremos del esquema óptico explicado en la introducción, un esquema que metaforiza el proceso del estadio del espejo a través de la experiencia del ramillete invertido incluyendo un espejo plano y uno cóncavo:



Las tres dificultades que imposibilitarían el buen final del estadio del espejo son:

- Que los objetos que forman la imagen real en el espejo plano (florero y ramillete) no estén iluminados adecuadamente.
- Que el sujeto, el cual debe percibir la imagen, se sitúe en un punto fuera del cono que posibilita dicha percepción.
- Que el espejo plano que refleja la imagen real esté inclinado de forma inadecuada impidiendo que el sujeto pueda ver esa imagen.

Para comprender estas dificultades debemos recordar los elementos esenciales y qué es lo que representan. El ojo representa la posición del sujeto, el florero bajo la caja representa el cuerpo libidinal que está sustraído al sujeto, el ramillete de flores representa a los objetos parciales (parte de lo que posteriormente serán los objetos *a*), el espejo plano representa al Otro y el área delimitada por los ejes x' e y' representa el cono donde puede producirse la percepción de la imagen.

Si todo va bien, en el espejo plano se refleja la imagen real que es el conjunto del florero (cuerpo libidinal) y el ramillete (objetos parciales) por reflexión en el espejo cóncavo. A su vez, esta imagen real puede ser percibida por el sujeto si el espejo plano (el Otro) está inclinado de forma adecuada y si el sujeto (el ojo) se sitúa en un punto dentro del cono de percepción (eje $x'-y'$). Con estas nociones podemos hacernos una idea de las posibles dificultades a lo largo del proceso.

En primer lugar, el cuerpo libidinal o los objetos parciales pueden no estar iluminados adecuadamente y ya desde el primer momento pueden resultar imposibles de percibir para el sujeto; en este caso el estadio del espejo resulta abortado antes de iniciarse. Esta metáfora de la primera dificultad nos hace pensar en cuestiones de índole orgánica, no como causa de la patología, sino en el sentido de que lo real biológico esté afectado de un grave déficit antes o después del nacimiento. Esto impediría, en el nivel de lo más real, cualquier movimiento conducente a su estructuración en el estadio del espejo.

En segundo lugar, el estadio del espejo puede haber transcurrido perfectamente (el Ideal del yo hace su aparición y se posibilita la captación de la imagen del cuerpo) y, sin embargo, el sujeto no lleva a buen término su desarrollo porque está situado en un punto fuera del cono de percepción. Le resulta entonces imposible apropiarse de la imagen de su cuerpo porque su posición como sujeto impide su visibilidad. Esta metáfora de la segunda dificultad podría perfectamente encuadrarse en el ámbito de la insondable decisión del ser que Lacan

atribuye a todo sujeto⁷. Es decir, podría ser una elección subjetiva no percibir la imagen del cuerpo y también no apropiársela.

En tercer lugar, puede que el sujeto se encuentre perfectamente situado, el cuerpo libidinal y los objetos parciales reflejados en el espejo cóncavo, y, no obstante, que el espejo plano pueda estar ladeado, inclinado o tumbado, impidiendo de esa forma que el sujeto capte su imagen real como imagen virtual. En otras palabras, algo dentro del registro simbólico o de la persona que lo encarna puede no producir un buen Ideal del yo o puede hacerlo completamente inoperante. Esta metáfora de la tercera dificultad nos muestra los avatares que pueden impedir la constitución del estadio del espejo a causa de problemas en el Otro o en el personaje que lo representa.

Estas tres grandes dificultades se refieren a la imposibilidad de no llevar a término el estadio del espejo y, por tanto, a la imposibilidad de que el sujeto pueda captar su imagen corporal. Ahora bien, entre estos tres pilares absolutos se abren infinitas posibilidades de combinación y de alteraciones menores, las cuales pueden terminar con la finalización del estadio del espejo, pero no de forma pura, no de la buena manera.

Por ejemplo, puede que el sujeto se sitúe en un punto en el que perciba algo de su imagen corporal, pero no completa, o puede que se sitúe en un punto en el que la perciba completa pero deformada. También puede pasar que el espejo plano que metaforiza al Otro esté inclinado de una forma en la que la imagen corporal aparezca incompleta o deformada. Así, el sujeto puede haber entrado en el registro imaginario, puede haber construido una barrera ante su goce invasivo, puede haberse apropiado de su imagen corporal y puede haber establecido un mínimo germen de sentimiento de identidad, pero con alteraciones, con fisuras, con grietas.

En estos casos el afianzamiento de lo imaginario y lo simbólico es aún más frágil de lo habitual y consideramos que bien pueden haberse dado algunas de estas circunstancias en la constitución de los sujetos que protagonizan los tres casos que exponemos.

Quien mejor muestra la fractura de la imagen del cuerpo y sus consecuencias devastadoras es, por supuesto, el presidente Schreber y por eso ahora nos centraremos en él. En el caso de Marie y de Emma A. nos vemos obligados a suponer la fractura de la imagen del cuerpo, pero es una suposición esencial, sin la cual no se entiende la clínica posterior de estas dos mujeres. Es decir, la catatonía en la que cae Marie y el intento de curación de Emma

⁷ Lacan, J. (2013). “Acerca de la causalidad psíquica”, en *Escritos 1*, p. 175: “[...] creo que con el desplazamiento de la causalidad de la locura hacia esa insondable decisión del ser en la que éste comprende o desconoce su liberación, hacia esa trampa del destino que lo engaña respecto de una libertad que no ha conquistado, no formulo nada más que la ley de nuestro devenir, tal cual la expresa la fórmula antigua: llega a ser tal como eres”.

A. consistente en tomar las palabras como cosas reales son incomprensibles si no se supone que ha habido una fractura en la imagen del cuerpo que hace visible el cuerpo fragmentado.

Solamente daremos una puntualización respecto al caso Marie que evidencia la problemática mantenida por ella con la imagen del cuerpo, con el narcisismo y con el registro imaginario. Esta puntualización ilustra la vulnerabilidad que la imagen del cuerpo presenta ante coyunturas de desencadenamiento que pueden fracturarla.

Nos referimos al episodio que Marie relata a Landauer para ilustrar su odio hacia su padre. Ella tenía siete años y había ido a visitar a sus abuelos. Cometió una travesura y la amenazaron con llevarla de vuelta con su padre. Esta amenaza afectó tanto a Marie que se escapó de la casa y permaneció un día y medio en un cañaveral. En un momento de su fuga Marie se plantea suicidarse lanzándose al río, pero en lugar de hacerlo ella, arroja sus ropas a la corriente. En este punto Landauer matiza que hay que tener muy en cuenta en los casos de esquizofrenia la ecuación que identifica el yo a la ropa (ropa = yo).

Efectivamente, este acto de Marie muestra que algo de la relación con la imagen del cuerpo, la cual proporciona el núcleo del yo, está alterada. No siente su imagen del cuerpo como su yo, sino que el yo es experimentado por Marie como una envoltura de la que puede desprenderse, de ahí que lo identifique con las envolturas más imaginarias posibles, la ropa.

Este episodio nos pone sobre la pista de una alteración en la apropiación de la imagen del cuerpo y, por tanto, de una alteración en la constitución del yo, el cual puede caer y del cual el sujeto puede liberarse a través de lo más característico del yo como imagen, a saber, su cualidad de envoltura. Si la envoltura del yo cae, el sujeto queda a merced del cuerpo fragmentado real de la lengua.

No podemos dejar de llamar la atención sobre la posible semejanza estructural entre el acto de Marie y la vivencia de Joyce que Lacan rescata para mostrar la fragilidad de la relación que el literato irlandés mantenía con su propia imagen del cuerpo⁸.

⁸ Lacan, J. (2008). *Seminario 23: El sinthome*, p. 146-147: “Respecto de Joyce, hubiera podido leerles una confidencia que nos hace en el *Portrait of the artist as a Young Man* [...]. Se encontró con compañeros dispuestos a atarlo a una alambrada de púas, y darle a él, James Joyce, una paliza [...]. Después de la aventura, Joyce se pregunta por lo que hizo que, pasada la cosa, él no estuviera resentido [...]. Él constata que todo el asunto se suelta *como una cáscara*, dice. ¿Qué nos indica esto si no algo que concierne en Joyce a la relación con el cuerpo, relación ya tan imperfecta en todos los seres humanos? [...]

¿Qué sentido dar entonces a eso que Joyce testimonia? No se trata simplemente en su testimonio de la relación con su cuerpo sino, si puedo decirlo así, de la psicología de esta relación. Después de todo, la psicología no es otra cosa que la imagen confusa que tenemos de nuestro propio cuerpo. Pero esta imagen confusa implica afectos [...]. Si se imagina justamente esta relación psíquica, hay algo psíquico que se afecta, que reacciona, que no está separado, a diferencia de lo que testimonia Joyce después de haber recibido los bastonazos de sus cuatro o cinco compañeros. En Joyce sólo hay algo que no pide más que irse, desprenderse como una cáscara [...]. Relacionarse con el propio cuerpo como algo ajeno es ciertamente una posibilidad que expresa el uso del verbo *tener*. Uno tiene su cuerpo, no lo es en grado alguno [...]. Pero la forma, en Joyce, del *abandonar*, del *dejar caer* la

Pasamos ahora a explicar la fractura del cuerpo en el presidente Schreber.

El desencadenamiento de Schreber muestra en sus momentos iniciales, además de la fractura de la imagen del cuerpo, otra consecuencia en la que ahondaremos aquí, a saber, el automatismo significativo. Diremos que el desencadenamiento del presidente Schreber produce, en la disolución de los tres registros, la aparición en primer plano del cuerpo fragmentado (invasión de lo real causada por fractura de la imagen del cuerpo) y el automatismo significativo (independencia del registro simbólico que se pone a hablar al sujeto separado de su subjetividad).

La fractura de la imagen del cuerpo se evidencia en Schreber por la consecuencia que implica, es decir, el cuerpo fragmentado deja de estar velado y se presentifica directamente al sujeto. Esto se experimenta como una invasión de lo real que consume al sujeto y lo reduce a puras sensaciones corporales que lo mortifican.

Es esta cuestión la que permite entender los fenómenos que Schreber vivencia en los primeros meses de desencadenamiento: escalofríos, excitación corporal imposible de apagar, elevado grado de hiperestesia, presencia de espejismos sensoriales, gran susceptibilidad a la luz y al ruido, sensaciones de reblandecimiento del cerebro, de modificación de órganos sexuales, desaparición del bigote, barba y modificación de estatura, destrucción de sus pulmones y sensación de gran dolor en los mismos (sensación de apenas poder respirar), cambio de su corazón por el de otra persona, huesos costales destrozados y vueltos a curar, estrechamiento del tórax, desaparición del estómago, destrucción de esófago e intestinos, vivencias de comer y tragar la propia laringe, putrefacción del abdomen, vivencias de bombeo de la médula espinal hasta ser expulsada por la boca, sensación de que los nervios de la cabeza le eran arrancados, estragos en el cerebro y serramiento del cráneo, tapa craneal reducida a polvo, sensaciones de que las terminaciones nerviosas se revestían con veneno o líquidos, modificaciones y paralización en músculos motores (dedos, piernas, párpados y ojos), intervenciones en el conjunto de los huesos corporales⁹, etc.

Estas sensaciones y vivencias que recorren casi la totalidad del cuerpo de Schreber sólo pueden explicarse a partir de una fractura en la imagen de su cuerpo que velaba precisamente todo ese océano de experiencias. A partir de esta ruptura, el cuerpo fragmentado invade la

relación con el propio cuerpo resulta completamente sospechosa para un analista, porque la idea de sí mismo como cuerpo tiene un peso. Es precisamente lo que se llama el ego.

Si al ego se lo llama narcisista, es porque, en cierto nivel, hay algo que sostiene el cuerpo como imagen. En el caso de Joyce, que esta imagen no esté implicada en esta oportunidad, ¿no es acaso lo que marca que el ego tiene en él una función muy particular?”.

⁹ Schreber, D. P. (2003). *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*, p. 125-133.

subjetividad de Schreber reduciéndolo a estas vivencias de las que le es imposible distanciarse, o para las que no tiene en esos momentos una barrera con la que protegerse.

Durante varios meses la presentificación del cuerpo fragmentado en la subjetividad de Schreber carece de cualquier sentido o propósito. El presidente del Superior Tribunal no comprende a qué obedecen estas vivencias y permanece mutista y desconectado del mundo exterior; esta cuestión permite captar la cualidad invasiva del cuerpo fragmentado. Será posteriormente, sobre todo a partir de la unión de la fantasía de eviración con la de redención, que Schreber podrá dar sentido a todo esto mediante las maniobras realizadas por los rayos divinos, lo cual supondrá un taponamiento de la fractura de la imagen corporal, una reparación que permitirá volver a velar casi totalmente la presencia del cuerpo fragmentado. Es decir, podrá instaurar de nuevo la función de barrera, de separación entre goce y sujeto, que es una de las características de la imagen del cuerpo.

Por otro lado, la fractura de la imagen del cuerpo es el núcleo esencial de algo mucho mayor, a saber, la disolución del registro imaginario. Hemos comentado que el desencadenamiento psicótico se caracteriza fundamentalmente por volver independientes los tres registros que componen el psiquismo. Schreber lo muestra de manera ejemplar: lo real invade al sujeto y lo subsume, lo simbólico se automatiza y empieza a hablar al sujeto y lo imaginario se resquebraja produciendo la fractura de la imagen corporal y, además, la fragmentación del sentimiento de identidad.

La fragmentación de la identidad es también muy característica de la posición esquizofrénica. Es correlativa a la independencia del registro imaginario y a la fractura de la imagen del cuerpo. Hemos comentado que el estadio del espejo llevado a buen puerto produce la constitución de la imagen del cuerpo, lo que abre la instauración del registro imaginario y la génesis del sentimiento de identidad.

Si se produce la caída del registro imaginario debido tanto al desencadenamiento psicótico que lo independiza como a la fractura de la imagen del cuerpo, el sentimiento de identidad se pulveriza.

Es lo que muestra también Schreber a lo largo de sus primeros meses de desencadenamiento. Además de la invasión por el cuerpo fragmentado, los semejantes se multiplican, aparecen una multiplicidad de “hombrecillos hechos a la ligera”, las almas de los muertos le rodean y se multiplican exponencialmente, incluso una misma alma, la del doctor Flechsig, llega a reduplicarse en cuarenta y seis almas. Todo esto es testimonio de la fragmentación de la identidad de Schreber. Al caer el registro imaginario, la díada *a-a'* se

disuelve en una multiplicación de yoes y de semejantes que no encuentra un punto de detención.

Observamos pues las consecuencias de la fractura de la imagen del cuerpo y de la disolución del registro imaginario en la esquizofrenia. Por un lado, invasión del cuerpo fragmentado que no encuentra barrera que lo separe de la subjetividad; por otro lado, multiplicación de entes en espejismos imaginarios debido a una pulverización del sentimiento de identidad.

Por último, queremos reseñar lo que ocurre con el registro simbólico tras el desencadenamiento psicótico. También recupera su independencia, y esto se observa en las voces que le hablan a Schreber. Su propio lenguaje interior lo vivencia como procedente del exterior, es decir, lo simbólico se pone a hablar al sujeto.

Esto comienza a presentificarse también en los primeros meses tras su desencadenamiento. Las voces no son más que los restos de cadenas significantes que se han astillado por la independencia del registro simbólico. El lenguaje no encuentra un punto de reposo, un punto de capitonado que cierre significativo y significado, por lo que los restos de las cadenas significantes se vuelven perceptibles al sujeto. El núcleo real que tiene lo simbólico se vuelve perceptible, al igual que lo real pulsional.

De esta forma, las voces piden a Schreber que se sacrifique a Dios, que muera definitivamente, porque subjetivamente ya lo está. Además, hablan una “lengua fundamental” cuyas palabras clave son enigmáticas para Schreber y, no obstante, se entrelazan de alguna forma con las experiencias que vive en el cuerpo en esos momentos.

De ahí que en la posición esquizofrénica la fragmentación de la imagen del cuerpo vaya acompañada por el astillamiento del significante, la ruptura del orden simbólico, cuyos restos se independizan, se automatizan en forma de fenómenos alucinatorios auditivos, al igual que se independiza el cuerpo fragmentado. Ambos se presentifican en la subjetividad de Schreber anunciándole de esta forma la debacle subjetiva que padece.

Creemos entonces que ha quedado suficientemente patente que la posición esquizofrénica tiene como característica estructural la fractura de la imagen del cuerpo que deja de velar el cuerpo fragmentado real, el cual invade al sujeto. También se produce una pulverización del sentimiento de identidad por la caída del registro imaginario. Estas dos cuestiones se deben a una posible alteración en el desarrollo del proceso del estadio del espejo, el cual pudo no llevarse a cabo o se realizó de forma precaria y frágil.

Junto a la caída del registro imaginario se produce una independencia del registro simbólico, que no puede conectarse con la subjetividad y se vuelve perceptible para el sujeto

en forma de voces invasivas, de significantes enigmáticos y de llamadas a significaciones que quedan abiertas. La angustia se encarna en todos estos intersticios significantes y corporales.

b) Regresión tópica al estado de goce de lalengua

La segunda característica estructural de la posición esquizofrénica consiste en lo que denominamos, parafraseando a Lacan, una regresión tópica al estado de goce de lalengua.

Nos permitimos esta denominación tomando como base la regresión tópica al estadio del espejo que Lacan definió para Schreber¹⁰. En su escrito *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*, Lacan sintetizó las elaboraciones que había llevado a cabo en su *Seminario 3: las psicosis* y añadió nuevas formulaciones. A lo largo de dicho seminario Lacan puso todo su empeño en mostrar que la fragmentación corporal y la pulverización del sentimiento de identidad eran consecuencia de una caída del registro imaginario. En el escrito mencionado, Lacan condensó estas ideas en la noción de regresión tópica al estadio del espejo, la cual se reduce a su filo mortal.

Queremos destacar una cuestión crucial de esta noción. La idea de regresión tópica remite al lugar, al espacio lógico. Lacan recalca bien que no se refiere a que la regresión sea genética, es decir, no la refiere a la génesis de la patología, sino que dicha regresión tiene un componente lógico, más concretamente, topológico.

La caída del registro imaginario en el desencadenamiento esquizofrénico modifica la topología del sujeto y le hace volver - de ahí la regresión - a un momento lógico en el que el cuerpo fragmentado no está contenido por la imagen del cuerpo y, por tanto, el sentimiento de identidad está ausente.

Lacan redactó su escrito en 1958 y lo publicó en 1966. En esos años carecía de la noción de lalengua, que aparece entre 1971 y 1972, y de la redefinición que esa noción implicaba en la concepción de cuerpo fragmentado. Nosotros recogemos estas elaboraciones posteriores y las aplicamos a la posición esquizofrénica. Es por ello que creemos que, si tomamos en cuenta la enseñanza de Lacan en su totalidad, la regresión tópica en la esquizofrenia no se dirige hacia el estadio del espejo, sino al estado de goce de lalengua.

Es muy importante concebir la regresión tópica en términos topológicos, ya que la constitución del sujeto no sigue un tiempo cronológico sino lógico. Además, la constitución

¹⁰ Lacan, J. (2009). “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”, en *Escritos 2*, p. 543: “[...] el retrato fiel que las voces [...] le dieron de él mismo como de un “cadáver leproso que conduce a otro cadáver leproso”, descripción muy brillante [...] de una identidad reducida a la confrontación con su doble psíquico, pero que además hace patente la regresión del sujeto, no genética sino tópica, al estadio del espejo, por cuanto la relación con el otro especular se reduce allí a su filo mortal”.

del sujeto remite a la topología como forma de captar lo que esencialmente se pone en juego y como contexto que permite formalizar los movimientos del sujeto en su constitución.

La importancia que Lacan otorga a la topología está presente casi desde el principio y tanto los matemas que va elaborando como los esquemas que va produciendo (esquema L, esquema R, esquema I, grafo del deseo, estructura de los discursos, nudos borromeos...) tienen un sustrato topológico fundamental. Sin embargo, es a partir de los años setenta cuando la topología para Lacan alcanza un estatuto cuasi absoluto de importancia.

Por tanto, realizamos una lectura topológica del desencadenamiento esquizofrénico teniendo en cuenta las últimas elaboraciones lacanianas, especialmente la noción de goce y la noción de lalengua.

Pasamos a explicar qué queremos decir con la idea de regresión tópica al estado de goce de lalengua y a mostrarla en los tres casos.

Hemos insistido en que en el desencadenamiento esquizofrénico la fractura de la imagen del cuerpo visibiliza a cielo abierto el cuerpo fragmentado. El cuerpo fragmentado es un producto primordial de la inmersión del cuerpo biológico en las redes del lenguaje.

Cuando el cuerpo del recién nacido adviene al mundo, ese mundo está cubierto de significantes, a los objetos les envuelve una capa de palabras, los cuidadores dirigen palabras al niño mientras le tocan, le asean o le alimentan. Ya hemos comentado el efecto que todo esto tiene sobre el cuerpo: rompe el equilibrio instintivo y produce una fragmentación de sensaciones somáticas imposibles de localizar junto a una excitación constante que no remite.

De forma más concreta, los sonidos que se dirigen al niño van asociados a experiencias corporales, por lo que esa excitación constante y esas sensaciones somáticas van imprimiendo los sonidos significantes en el cuerpo con una estructura de letra. Esto es lo que Lacan denominó lalengua. Por tanto, el cuerpo fragmentado es un cuerpo habitado por sensaciones somáticas ilocalizables que, a su vez, cifran un goce que está estructurado a la manera de letras. Es el estado de goce de lalengua o, en términos freudianos, es el estado de autoerotismo.

En este momento topológico no podemos hablar de constitución del sujeto, ya que este se constituye a partir de aquí, pero podemos suponerlo. De hecho, la suposición de un sujeto, aunque sea en este estado, es lo que posibilita la humanización del cuerpo y su constitución subjetiva.

Debido a que no podemos hablar de constitución del sujeto, pero sí suponerlo, podemos comprender que, lógicamente, este cuerpo fragmentado de lalengua invade toda la subjetividad de lo que será el futuro sujeto. La constitución lógica del sujeto va a transcurrir

a través de la construcción de barreras que van separando este goce de lalengua de la subjetividad. La primera barrera fundamental es el estadio del espejo y la última barrera es el deseo, que permite la renuncia final a este goce de lalengua y lo vuelca en el exterior. La constitución lógica del sujeto es, por tanto, inseparable de los distintos momentos topológicos que van marcando esas barreras en la interconexión de los registros imaginario, simbólico y real.

El estado de goce de lalengua, por tanto, es un momento topológico de la constitución del sujeto en el que este está ausente en la estructura. Lo existente son sensaciones somáticas ilocalizables que cifran a través del sonido de las palabras un goce estructurado como letras, las cuales se imprimen sobre la materialidad corporal.

La regresión tópica al goce de lalengua implica entonces un retroceso topológico, por así decir, a un momento lógico en el que el sujeto queda borrado por la invasión cenestésica de un goce que recorre la totalidad del cuerpo de la persona. Evidentemente, esta regresión tópica al estado de goce de lalengua es correlativa al derrumbamiento de la imagen del cuerpo.

La regresión tópica al estado de goce de lalengua es puesta en evidencia por Schreber en toda la sintomatología corporal que hemos descrito previamente. Después de un periodo prodrómico, donde la imagen del cuerpo se tambalea, surge el desencadenamiento psicótico. Los primeros meses de desencadenamiento testimonian de la regresión que sufre Schreber al estado de goce de lalengua, pues no sólo se fractura la imagen del cuerpo destapando el cuerpo fragmentado, sino que este invade la subjetividad hasta aplastarla.

Durante esos primeros meses la topología subjetiva se modifica y la cenestesia corporal coloniza la subjetividad de Schreber, dicha cenestesia toma la forma de un goce deslocalizado que recorre la totalidad de su cuerpo. Este goce es el que primitivamente cifró lalengua en estructura de letras, de ahí la ausencia absoluta de cualquier motivo o sentido que Schreber pueda otorgarle, puesto que lalengua es asemántica, es decir, está desconectada de cualquier significación y no remite a ningún sentido. Precisamente por ello Schreber deberá realizar un trabajo delirante con el fin de enlazar este goce insensato con una razón.

Para eso habrá que esperar hasta que algo del significante conecte con algo del goce de lalengua, siendo el primer punto la suposición de que Flechsig está detrás del atentado contra su subjetividad. Aquí algo del sujeto Schreber reaparece topológicamente en la estructura, con lo que se posibilita una mínima orientación y una mínima separación de la cualidad invasiva del goce de lalengua. Por supuesto, el punto culminante será la asociación de la fantasía de eviración con la de redención, que establecerá el germen de la metáfora delirante y producirá el definitivo advenimiento del sujeto Schreber en la sistematización delirante tras

el desencadenamiento. A partir de ahí, el goce de lalengua se enlazará a través de lo simbólico con una significación y un sentido.

Es particularmente llamativo que Schreber no pueda verbalizar nada de lo que experimenta en los primeros meses hasta que no consigue situarse mínimamente a través de la persecución de Flechsig. Esta imposibilidad de tomar la palabra en lo que le acontece es un signo de la regresión al estado de goce de lalengua, en el que el sujeto del lenguaje está completamente borrado por un goce que le desborda y le aniquila.

Por lo que se refiere al caso de Marie, la regresión al estado de goce de lalengua se observa inmediatamente en el momento de su desencadenamiento. La sintomatología catatónica en la que cae Marie evidencia la conquista de su subjetividad por un exceso de goce que la subsume y la borra en su propio cuerpo, cargado de sensaciones somáticas ilocalizables.

También la flexibilidad cérea, tan frecuente en los cuadros catatónicos, es una prueba de esta regresión al estado de goce de lalengua, puesto que ningún estímulo exterior puede influir en este vuelco de la topología. La rigidez del cuello separado de la almohada se mantiene incólume como evidencia de que sólo existe la invasión del cuerpo fragmentado de lalengua.

En relación al caso de Emma A., ocurre lo mismo que con la coyuntura de desencadenamiento y la fractura de la imagen del cuerpo. Es decir, nos vemos obligados a suponer que en Emma A. también existe una regresión al estado de goce de lalengua a pesar de que desconocemos la situación clínica previa a la aparición del lenguaje de órgano.

Sin embargo, esta suposición es esencial, puesto que sin la regresión al estado de goce de lalengua no se puede comprender la posterior maniobra subjetiva de tomar las palabras como cosas reales. Esta tentativa de curación implica un movimiento del sujeto, el cual reaparece en la estructura tras su regresión topológica al estado de goce de lalengua. Tomar las palabras como cosas ya es un movimiento conducente a la localización del goce difuso repartido por todo el cuerpo que caracteriza a lalengua.

Antes de pasar a la tercera característica de la posición esquizofrénica queremos aclarar una cuestión.

Cuando previamente, al enumerar las tres características estructurales de la posición esquizofrénica, hemos comentado que la fractura de la imagen del cuerpo y la regresión al estado de goce de lalengua permiten suponer que en la constitución del sujeto esquizofrénico el estadio del espejo no se ha llevado a cabo o ha acontecido con graves alteraciones o dificultades, teníamos en mente una consideración de tipo topológico.

Hemos afirmado que la constitución lógica del sujeto se va desarrollando en la articulación topológica de una serie de barreras (estadio del espejo y constitución del deseo) que interconectan simbólico, imaginario y real separando al sujeto del goce invasivo de la lengua. Podemos, por tanto, concebir esas barreras como topes o puntos de detención.

Ante una circunstancia que moviliza lo real del sujeto y amenaza con desbordarlo, estas barreras pueden contenerlo y, de esta forma, impedir la disolución de los registros. Pero si la primera barrera fundamental - el estadio del espejo - no se ha llevado a cabo o se han producido grietas marcadas en el producto final - apropiación de la imagen del cuerpo -, el sujeto no cuenta con un tope seguro que contenga el desbordamiento de lo real acontecido por el encuentro con cierta contingencia vital.

De esta manera, el desbordamiento de lo real deforma, por así decir, la topología subjetiva y, al no encontrar un tope que detenga dicha deformación (la apropiación firme y sin grietas de la imagen del cuerpo), remite al sujeto al estado topológico inicial previo a su constitución subjetiva: el estado de goce de la lengua. De ahí que consideremos que tanto la fractura de la imagen del cuerpo como la regresión al estado de goce de la lengua se deban a una alteración en el proceso del estadio del espejo, puesto que, si la imagen del cuerpo presenta fisuras marcadas, el desbordamiento de lo real puede llegar a fracturarla. A partir de esta fractura, el cuerpo fragmentado conquista la subjetividad y reenvía al sujeto al momento topológico denominado estado de goce de la lengua.

c) Aniquilación del sujeto del lenguaje: fenómenos clínicos

La tercera característica estructural propia de la posición esquizofrénica está ligada a la regresión tópica al estado de goce de la lengua y se refiere a la aniquilación del sujeto del lenguaje. En el tercer apartado de este punto de nuestra investigación profundizaremos en esta cuestión, por lo que ahora sólo nos referiremos a la forma en la que esta aniquilación del sujeto se presenta en los tres casos expuestos.

La aniquilación del sujeto del lenguaje está ligada a la regresión tópica al estado de goce de la lengua porque, debido a las características de este estado, el sujeto es borrado de la estructura. Cuando el cuerpo fragmentado de la lengua devora la subjetividad, el sujeto del lenguaje desaparece. Es justo lo que significa esta regresión tópica, la reaparición de un estado inicial de goce difuso e invasivo donde el sujeto está ausente, un estado que, en el sentido lógico, se caracteriza por establecer las condiciones de posibilidad del surgimiento del sujeto. Precisamente por ello, el sujeto puede reaparecer a través de maniobras (tentativas de

curación) que permitan su retorno a la estructura. Sin embargo, mientras esta regresión tópica se mantenga, el sujeto no está presente en la estructura.

Empleamos la expresión *aniquilación* para dar cuenta de algo existente (el sujeto) que desaparece, se borra, debido a la regresión tópica al estado de goce de lalengua. Etimológicamente *aniquilar* significa “reducir a nada”¹¹, por ello denominamos a la tercera característica estructural de la posición esquizofrénica *aniquilación del sujeto del lenguaje*.

En el presidente Schreber la aniquilación del sujeto del lenguaje se observa en los primeros meses de desencadenamiento, en esos meses donde domina el “estupor alucinatorio” que describen los informes médicos, y que no es más que la invasión del cuerpo fragmentado sobre la subjetividad. El goce de lalengua fagocita al sujeto del lenguaje y aplasta el vacío que es la característica esencial del sujeto, borra la nada propia del sujeto del lenguaje enterrándola en el cuerpo, un cuerpo que está compuesto de sensaciones cenestésicas invasivas e imposibles de ordenar o contener.

Schreber mismo testimonia posteriormente sobre la aniquilación del sujeto del lenguaje, pues relata cómo él mismo había muerto e incluso había observado la noticia de su muerte en un diario. La muerte del sujeto, que es la aniquilación del sujeto del lenguaje, es especialmente destacada por Lacan¹².

Dos cuestiones particularmente ilustrativas muestran la aniquilación del sujeto del lenguaje en Schreber.

La primera es lo que el propio Schreber denomina *liegen lassen* (dejar plantado o dejar caído). A lo largo de su trabajo de sistematización delirante, el presidente del Superior Tribunal se ve impelido a estar continuamente pensando, ya que Dios lo demanda. Si el curso de pensamiento se interrumpe, Schreber siente que los rayos divinos lo abandonan. Esto es experimentado por Schreber como un dejar plantado que se acompaña de un sufrimiento corporal muy elevado. Es decir, mientras está ausente la metáfora delirante que abrocha significante y significado, lenguaje y cuerpo, Schreber está expuesto a circunstancias que hacen peligrar su subjetividad. Cuando Dios deja plantado a Schreber, el sujeto del lenguaje

¹¹ Coromines, J. (2008). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*, p. 33: “**aniquilar**, fin s. XV. Tomb. del b. lat. *annihilare*, deriv. de *nihil*, que es alteración del lat. *nihil* “nada”; la variante más correcta *annihilare* “reducir a nada, considerar como nada” se encuentra ya en latín tardío. DERIV. *Aniquilación*”.

¹² Lacan, J. (2009). “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”, en *Escritos 2*, p. 542-543: “Sin duda tres años más tarde (1911-1914) no se le hubiera escapado [a Freud] el verdadero resorte del vuelco de la posición de indignación, que provocaba primeramente en la persona del sujeto la idea de la *Entmannung*: es muy precisamente que entre tanto *el sujeto había muerto*. Tal es por lo menos el acontecimiento que las voces [...] le hicieron conocer [a Schreber] después de sucedido con su fecha y el nombre del periódico donde había aparecido en la rúbrica necrológica”.

vuelve a ser aniquilado y Schreber vuelve a subsumir su subjetividad en el goce fragmentado del cuerpo de lalengua.

Elaboraciones posteriores de Miller sitúan este dejar plantado como un intento fallido por parte de Schreber de producir el objeto perdido¹³; ese objeto del cual no se ha separado porque la estructura psicótica se caracteriza por tener el objeto siempre en el bolsillo, en palabras de Lacan. En otros términos, el *liegen lassen* testimonia de una identificación absoluta a un objeto de goce. En esos momentos la subjetividad resulta destruida, por lo que la vivencia de ser dejado plantado prueba la aniquilación del sujeto del lenguaje.

La segunda cuestión es consecuencia del *liegen lassen*. Se refiere al milagro del alarido y que Lacan, siguiendo a Schreber, ordena en cuatro fases¹⁴. La secuencia que comienza con el milagro del alarido trata de hacer retornar al sujeto del lenguaje que ha sido aniquilado en el goce de lalengua.

Esta secuencia es la respuesta al ser dejado plantado, lo cual ha sido provocado por no pensar en nada. Es decir, cuando Schreber no piensa en nada, Dios se retira de su cuerpo y el sujeto del lenguaje queda aniquilado por la identificación a un objeto de goce. A partir de aquí, Schreber trata de hacer reaparecer su subjetividad en lo que Lacan¹⁵ llama “un esfuerzo de réplica”. Acontece entonces la secuencia mencionada para resituar la subjetividad de Schreber en la estructura.

En el caso de Marie la aniquilación del sujeto del lenguaje es testimoniada por su cuadro catatónico. La regresión al estado del goce de lalengua borra la subjetividad de Marie y la entierra en la cenestesia corporal, lo cual se observa en la inmovilidad catatónica y en la ausencia de reacción a cualquier tipo de estímulo exterior.

Otro signo que en Marie nos lleva hacia la pista de la aniquilación del sujeto del lenguaje es su incapacidad para dar cuenta de los procesos internos que vivenció mientras estuvo ingresada en el sanatorio completamente catatónica. Sólo posteriormente confesó a

¹³ Miller, J.-A. (2010). “¡Desentido para las psicosis!”, en *Matemas I*, p. 186-187: “Mi punto de partida fue el “dejar caer” de Schreber. Es el término por el que denota el momento de su separación del Otro divino, momento de sufrimiento atroz, de desamparo fundamental. Allí, el sujeto se confunde con un objeto rechazado. Por el contrario, de eso se protege cuando se fuerza a pensar continuamente, y es en el momento de “no pensar en nada”, como él se expresa, cuando cae en esta posición. Vemos, pues - era mi hipótesis -, como estallados, los dos términos que Lacan destaca especialmente en la estructura del fantasma: de un lado el sujeto del significante, del otro el objeto *a*”.

¹⁴ Lacan, J. (2009). “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”, en *Escritos 2*, p. 536: “1. Lo que él llama el milagro del aullido, grito arrancado de su pecho y que lo sorprende más allá de toda advertencia [...]. 2. La llamada de socorro, emitida desde los “nervios divinos desprendidos de la masa”, y cuyo tono quejumbroso se motiva por el mayor alejamiento al que se retira Dios [...]. 3. La eclosión próxima, o sea en la zona oculta del campo perceptivo [...], de manifestaciones que, sin ser extraordinarias, se imponen al sujeto como producidas intencionalmente para él. 4. La aparición en el siguiente escalón de lo lejano, o sea fuera del alcance de los sentidos, [...] en *lo real*, de creaciones milagrosas, es decir, recientemente creadas”.

¹⁵ *Ibidem*: “Que el esfuerzo de réplica al que el sujeto queda pues suspendido así, en su ser de sujeto”.

Landauer una única frase totalmente enigmática respecto a ese periodo: “¡Estoy tan avergonzada! ¡Ahora estoy totalmente desnuda frente a ellos!”.

La imposibilidad de expresar las experiencias vividas en el periodo de desencadenamiento es una señal muy clara de que el sujeto del lenguaje está elidido de la estructura en ese tiempo. Además, la frase enigmática nos remite a una identificación total con un objeto de goce, al igual que le sucedía a Schreber en la experiencia del *liegen lassen*. Si Marie se percibe totalmente desnuda frente a un “ellos” enigmático y eso le causa suma vergüenza, podemos colegir su identificación a un objeto de goce, lo cual aniquila al sujeto del lenguaje. Marie deberá maniobrar para establecer al sujeto de nuevo en la estructura.

Por lo que se refiere a Emma A., la aniquilación del sujeto del lenguaje es una suposición inevitable, pues va unida a la suposición de que en ella también se ha producido la regresión al estado de goce de la lengua, el cual conlleva, como hemos estado explicando, la aniquilación del sujeto del lenguaje.

6. 2. 1. 3: Tentativa de curación

El último punto en común que presentan los tres casos se refiere a que en todos ellos los sujetos realizan tentativas de curación, maniobras para tratar de salir de la posición esquizofrénica inicial.

Las tentativas de curación son estructuralmente diferentes en Schreber, en Marie y en Emma A. Sin embargo, la semejanza se mantiene por el hecho de que los tres procuran resituarse de nuevo en la estructura. Lo hacen a través de maniobras estructuralmente distintas pero que conducen a un lugar común, a saber, a la reaparición topológica del sujeto en la estructura, a la salida de la regresión tópica del estado de goce de la lengua y a la reparación de la imagen del cuerpo con el fin de volver a velar el cuerpo fragmentado.

Las maniobras de salida que se realizan en los tres casos dan cuenta tanto de los recursos que posee el sujeto (los cuales determinarán el grado de éxito de salida de la posición esquizofrénica y también la posición posterior que los sujetos adoptarán en la estructura) como del dinamismo que caracteriza al sujeto viviente (es decir, las maniobras de salida muestran que la estructura no es estática; el sujeto puede moverse en ella, por lo que la estructura está alimentada tanto por las coyunturas contingentes exteriores como por las maniobras internas que el sujeto despliega).

Para tratar de salir de la posición esquizofrénica inicial que aniquila al sujeto en el goce de la lengua al romper la barrera que la imagen del cuerpo presenta al cuerpo fragmentado, Schreber, Marie y Emma A. toman distintos caminos.

En el caso del presidente del Superior Tribunal, su gran inteligencia y los recursos simbólicos de los que dispone le permiten la realización de una metáfora delirante. La sistematización de un delirio es tal vez la tentativa de curación más fuerte que un sujeto instalado en una posición esquizofrénica inicial puede construir. El delirio supone una creación simbólica que abrocha significativo y significado, lenguaje y cuerpo, de una manera sólida, lo cual posibilita la reconexión con el mundo y los otros. Además, el delirio es una formación simbólica que puede resultar mucho más resistente que otras ante coyunturas que podrían producir nuevos desencadenamientos.

En el caso de Marie, la maniobra que se pone en juego es la reparación de la identificación imaginaria. Marie no llega a elaborar un delirio y su salida de la posición esquizofrénica inicial se realiza por el mismo medio que le había servido para sostenerse antes del desencadenamiento psicótico: la identificación imaginaria. La salida a través de la identificación imaginaria también permite la reconexión con el mundo y los otros, pero de una forma más frágil que el delirio. Es decir, la identificación imaginaria puede romperse más fácilmente que el delirio ante nuevas coyunturas que posibilitarían un desencadenamiento.

Emma A. por su parte realiza la tentativa de salida más frágil de todas: el lenguaje de órgano. Es la tentativa de curación más frágil porque, si bien permite la reaparición del sujeto en la estructura, no posibilita la salida del estado de goce de la lengua. Por ello Emma A. se mantiene en una posición esquizofrénica.

A continuación, pasamos a explicar brevemente las maniobras de salida realizadas por Schreber y por Marie. Debido a la importancia que reviste para nuestra investigación el lenguaje de órgano, dejamos el análisis de la maniobra de Emma A. para el último apartado de estos resultados.

6. 2. 2: Diferencias estructurales en los casos presentados: tentativas de curación en el presidente Schreber y en Marie

6. 2. 2. 1: La metáfora delirante del presidente de Schreber

La tentativa de curación que Schreber despliega para salir de la posición esquizofrénica inicial es el delirio, y Lacan define al delirio como una metáfora.

El delirio es una metáfora que se produce en lugar de la metáfora paterna fundamental que tendría que haber sido establecida por el significante del Nombre del Padre. A su vez, la metáfora paterna es un caso particular que participa de la estructura general del mecanismo de la metáfora. La fórmula general de la metáfora y el caso particular de la metáfora paterna se encuentran matematizados en el escrito *De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis*¹⁶.

En la primera enseñanza de Lacan, la metáfora paterna se concibe como la sustitución del deseo de la madre por el significante del Nombre del Padre. Esta sustitución metafórica significante produce un plus de sentido, al igual que toda sustitución metafórica, pero lo que aquí adviene como plus de sentido es el falo, el cual se le da como significado del deseo de la madre al sujeto.

Existe un primer tiempo lógico en el que el sujeto está pegado al Otro materno primordial. Este tiempo se caracteriza por un enigma que el sujeto se plantea respecto a qué puede querer de él ese Otro primordial. Para simbolizar este enigma adviene el significante del Nombre del Padre, el cual despeja esa incógnita a través de la metáfora paterna y le otorga el falo como respuesta en un segundo tiempo lógico.

Al introducir el falo como respuesta al enigma del deseo de la madre, la metáfora paterna otorga al sujeto la significación fálica. Gracias a esta significación fálica el abrochamiento entre significante y significado puede producirse de manera sólida.

Además, la introducción del falo simbólico (ϕ) por la metáfora paterna no sólo produce el advenimiento de la significación fálica, sino que también vivifica al sujeto en la estructura y otorga las coordenadas para posicionarse como hombre o como mujer.

Para que la metáfora paterna pueda operar han de estar presentes dos condiciones fundamentales. Por un lado, el Otro materno ha de estar en falta, es decir, el Otro primordial ha de ser percibido por el sujeto como en falta, puesto que esa falta es el signo del deseo, el

¹⁶ Ídem, p. 533.

deseo de la madre que el sujeto tiene que simbolizar. Si el Otro primordial no muestra una falta, la metáfora paterna no operará.

Por otro lado, el significante del Nombre del Padre tiene que intervenir. Si las personas que encarnan ese significante no pueden transmitirlo, la metáfora paterna no se producirá. En otras palabras, puede ser que el Otro primordial no presente la falta; eso tiene como consecuencia que el Otro primordial no haga un llamado al significante del Nombre del Padre. O bien puede ser que el padre real que encarna al Otro paterno no transmita que él también está sometido a la ley del deseo; la consecuencia es que de esta forma tampoco se transmite el significante del Nombre del Padre, que es el significante de la ley, el significante que permite hacer una tachadura en el deseo de la madre y otorgar el falo al sujeto como significado.

Estas son justo las condiciones de Schreber. Schreber permanece sostenido en el deseo materno, en el Otro primordial. Es un Otro materno que no ha transmitido la falta y no ha llamado al significante del Nombre del Padre. Además, el padre real de Schreber tampoco ha podido transmitir ese significante. Por tanto, la metáfora paterna que introduce el falo simbólico en la estructura no ha tenido lugar en Schreber. De ahí la ausencia de significación fálica en el presidente del Superior Tribunal.

Si nos detenemos en el desencadenamiento de Schreber, tal y como lo entiende Lacan en su primera enseñanza, observamos que se produce por el encuentro con *Un-padre*. Este encuentro hace un llamado al significante del Nombre del Padre, el cual en la estructura de Schreber está forcluido precisamente porque no se ha producido la metáfora paterna, es lo que Lacan representa con P_0 ¹⁷ en su *Esquema I*.

Al mismo tiempo, ese encuentro con *Un-padre* remite a una significación fálica que, por el mismo motivo (ausencia de metáfora paterna), Schreber no puede otorgar. Es lo que Lacan representa en el *Esquema I* con ϕ_0 ¹⁸. La ausencia del falo simbólico imposibilita otorgar una significación al encuentro con *Un-padre*, de ahí que en el desencadenamiento de Schreber domine la cualidad enigmática de lo simbólico, significantes que le conciernen, pero a los que no puede dar una significación. A partir de aquí, el trabajo del delirio tratará de producir esa significación fálica que está ausente porque la metáfora paterna no ha tenido lugar.

Precisamente por ello el delirio toma la cualidad de una metáfora, una metáfora que sustituye a la que no se produjo. Es por eso que el delirio es una tentativa de curación, ya que la producción de una metáfora delirante produce una significación fálica que abrocha de

¹⁷ *Ídem*, p. 546.

¹⁸ *Ibidem*.

nuevo significante y significado, aunque sea una significación fálica imposible de compartir con los otros. La significación fálica que produce el delirio es sólo válida para el sujeto psicótico que la posibilita.

Además del abrochamiento entre significante y significado, la metáfora delirante produce efectos similares a los que tuvo que producir la metáfora paterna que no se dio si se hubiera transmitido el falo simbólico. Es decir, la metáfora delirante, además de producir una respuesta a la significación fálica ausente, vivifica al sujeto en la estructura y le da coordenadas para situarse en ella y en el mundo.

El propio Lacan afirma que Schreber sufre una desorganización en la juntura íntima del sentimiento de la vida precisamente a consecuencia de la ausencia de significación fálica que acarrea su desencadenamiento¹⁹. Esta desorganización en la juntura íntima del sentimiento de la vida se refiere a la muerte del sujeto, a la regresión tópica al estado de goce de la lengua y a la aniquilación del sujeto del lenguaje.

Tenemos entonces el momento de desencadenamiento, el encuentro con *Un-padre* que llama al significante del Nombre del Padre, el cual está forcluido. Schreber no puede dar una significación al encuentro con ese agujero en lo simbólico porque el falo está elidido debido a la ausencia de metáfora paterna.

La falta de significación fálica produce a nivel de lo simbólico el automatismo significante y el desabrochamiento entre significante y significado: el lenguaje comienza a hablar al sujeto y hay significantes que conciernen a Schreber pero a los que no puede otorgar una significación clara. A nivel de lo imaginario se produce una caída de este registro en forma de una desorganización en la juntura íntima del sentimiento de la vida (muerte del sujeto) y de una fragmentación del sentimiento de identidad. Es lo que nosotros hemos traducido como fractura de la imagen del cuerpo, presentificación del cuerpo fragmentado real, regresión tópica al estado de goce de la lengua y aniquilación del sujeto del lenguaje. En estas coordenadas iniciales comienza a desplegarse la metáfora delirante.

Cuando presentábamos el caso del presidente Schreber comentábamos que la metáfora delirante no se producía de una sola tacada, sino que se iba formando a ráfagas, a bocanadas, en lo que Lacan denominaba los “momentos fecundos del delirio”²⁰.

¹⁹ *Ídem*, p. 534: “La *Verwerfung* será pues considerada por nosotros como *preclusión* del significante. En el punto donde [...] es llamado el Nombre-del-Padre, puede pues responder en el Otro un puro y simple agujero, el cual por la carencia del efecto metafórico provocará un agujero correspondiente en el lugar de la significación fálica [...]. Está claro que se trata aquí de un desorden provocado en la juntura más íntima del sentimiento de la vida en el sujeto”.

²⁰ Lacan, J. (2010). *Seminario 3: Las psicosis*, p. 31: “El desarrollo no es insidioso, siempre hay brotes, fases. Me parece, pero no estoy del todo seguro, que fui yo quien introdujo la noción de momento fecundo. Ese momento fecundo siempre es sensible al inicio de una paranoia”.

Situábamos entonces tres puntos esenciales en el establecimiento de la metáfora delirante: 1) atribución a Flechsig del atentado contra la persona de Schreber en forma de “asesinato del alma”; 2) sustitución de Dios en lugar de Flechsig como autor del atentado contra la subjetividad; 3) asociación de la fantasía de eviración con la de redención.

Afirmábamos que esos tres momentos enlazaban algo del registro simbólico con el goce desbordante al que estaba sometido Schreber, es decir, que en cada uno de esos momentos se producía un cifrado del goce por el significante. Además, cada uno de esos momentos fecundos del delirio funcionaba como un punto de capitón que resignificaba las experiencias que hasta el momento de aparición de cada uno de los puntos de capitón había vivenciado Schreber.

En otras palabras, en cada uno de los tres momentos fecundos del delirio se producía un abrochamiento entre significante y significado, por lo tanto, se producía la aparición de un mínimo de significación fálica. Además, se producía en cada uno de esos puntos el abrochamiento entre algo del significante y algo del goce, por lo que el desorden en la juntura más íntima del sentimiento de la vida se reparaba un poco.

El momento culmen, el momento metafórico propiamente dicho que había venido preparándose con las ideas de persecución referidas a Flechsig y Dios, acontece con la asociación entre la fantasía de eviración y la fantasía de redención.

A partir de aquí Schreber asocia la feminización de su cuerpo, que había comenzado a sentir con la representación en duermeverla de lo hermoso que sería ser una mujer en el momento del acoplamiento, con la fantasía de estar llamado a crear una nueva raza de hombres. La asociación de estas dos representaciones significantes produce un efecto metafórico que da una nueva significación a todo lo que venía experimentado Schreber a nivel corporal. Es decir, se introduce de manera delirante el falo simbólico, lo cual produce una significación fálica que vela el agujero producido por la forclusión del significante del Nombre del Padre.

Al producir la metáfora delirante, lo simbólico se reinstaura en el sujeto gracias al abrochamiento entre significante y significado (las voces se reducen o desaparecen y el enigma que concernía a ciertos significantes se atenúa). Por otro lado, lo imaginario se pacifica. La sensación de muerte subjetiva desaparece y la fragmentación de la identidad se unifica.

El producto de la metáfora delirante, que da cuenta de la introducción del falo simbólico en la estructura con sus consecuencias para la significación fálica y para la mortificación del

sujeto, queda perfectamente resumido en la sentencia de Lacan: “a falta de poder ser el falo que falta a la madre, le queda la solución de ser la mujer que falta a los hombres”²¹.

Por tanto, el delirio viene al lugar de ϕ_0 , del falo que debería haberse producido con la significación fálica correspondiente a través de la metáfora paterna, pero que, por no haber aparecido esta metáfora, no se despejó. El psicótico intenta darse con el delirio una versión de la significación fálica, que es lo que ejemplifica Schreber.

Schreber pudo producir una metáfora delirante porque sus propios recursos subjetivos lo permitían. Había podido simbolizar en el tiempo lógico de la *Bejahung* lo necesario para poder contar con recursos simbólicos que le posibilitaran posteriormente la creación de un delirio.

Podemos resumir la tentativa de curación de Schreber diciendo que el presidente del Superior Tribunal parte de una posición esquizofrénica inicial en la que hay una fractura de la imagen del cuerpo que presentifica el cuerpo fragmentado. Eso produce una regresión tópica al estado de goce de lalengua caracterizado por la aniquilación del sujeto del lenguaje. Gracias a los recursos simbólicos de los que dispone el presidente Schreber, el sujeto puede reaparecer en la estructura. Es lo que ocurre con la atribución del atentado de su subjetividad a Flechsig y posteriormente a Dios. Estos momentos delirantes no llegan a producir una metáfora, pero van permitiendo cierto advenimiento de la significación fálica, van abrochando significante y significado, lenguaje y cuerpo.

A partir de la asociación entre la fantasía de redención y la de eviración se produce propiamente la metáfora delirante, por lo que el sujeto toma de nuevo con fuerza su lugar en la estructura, Schreber sale del estado de goce de lalengua y se repara la fractura de la imagen del cuerpo. El abrochamiento entre significante y significado se torna sólido, además la unión entre lenguaje y cuerpo produce un ciframiento estable del goce a través de lo simbólico.

Gracias a la metáfora delirante Schreber puede abandonar su posición esquizofrénica inicial y, si bien no abandona la psicosis puesto que esta es por estructura, al menos vira al polo paranoico. Su subjetividad se ve pacificada y la invasión del goce encuentra una barrera para ser contenida, prueba de ello es el carácter asintótico que adquiere su delirio: la creación de una nueva raza, la feminización completa y el encuentro como objeto de goce con Dios se alargarán en un periodo de tiempo secular.

²¹ Lacan, J. (2009). “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”, en *Escritos* 2, p. 541.

6. 2. 2. 2: La identificación imaginaria de Marie

Hemos comentado que, bajo nuestro punto de vista, lo crucial en el desencadenamiento de Marie es la inoperatividad de la identificación imaginaria en el lugar de madre donde hasta ese momento ella se había sostenido.

A raíz del suicidio de su padre, la identificación imaginaria no opera, lo que produce fractura de la imagen del cuerpo, invasión del cuerpo fragmentado, regresión tópica al estado de goce de la lengua y aniquilación del sujeto del lenguaje, cuestiones que se evidencian en el cuadro catatónico que domina la subjetividad de Marie en el momento del desencadenamiento, y que nos permiten hablar de una posición esquizofrénica inicial.

Este cuadro catatónico persiste durante ocho semanas, las cuales Marie pasa ingresada en un sanatorio. Transcurrido ese tiempo Marie parece curarse espontáneamente y vuelve a retomar su vida. Sin embargo, la propia Marie relata a Landauer un episodio que había acontecido la mañana de su curación, el cual proporciona la clave de su restablecimiento.

Marie había estado compartiendo habitación con una enferma muy excitada que quería escaparse continuamente. La mañana en la que se produjo la curación, esta mujer se peleó con la enfermera, una enfermera que - según la descripción de Marie - era alta y tenía un poco de barba. Ante esta pelea, Marie sale de su estado catatónico e intenta escapar, pero su compañera de cuarto la contiene. A partir de aquí se restablece el estado previo al desencadenamiento y Marie abandona la posición esquizofrénica.

Vicente Palomera afirma que en la pelea con el marimacho de la enfermera vuelve a operar la identificación imaginaria, puesto que Marie torna a ser la madre. Es decir, podemos plantear que la enfermera con rasgos masculinos se convierte en un subrogado del padre y la compañera de cuarto, en un subrogado de la madre. El acto de la pelea funciona ante Marie como una repetición de la escena fundamental espiada en el dormitorio de sus padres, cuando su padre mantuvo relaciones sexuales con su segunda esposa, a la que Marie estaba identificada.

Esta repetición de la escena fundamental cumple la función de reinstaurar la identificación imaginaria al lugar de la madre tan esencial para Marie. El resultado es la reaparición del sujeto en la estructura, el abandono del estado de goce de la lengua y la reparación de la imagen del cuerpo. En otras palabras, la repetición de la escena fundamental que reinstaura la operatividad de la identificación imaginaria en Marie posibilita la salida de la posición esquizofrénica y su viraje al polo melancólico.

Para comprender este movimiento y la importancia de la identificación imaginaria como tentativa de curación debemos realizar algunas apreciaciones esenciales.

En el caso de Schreber afirmábamos que la metáfora delirante introducía el falo simbólico en la estructura, pero esa introducción del falo y la producción de la significación fálica que advenía asociada a él eran delirantes. ¿Por qué delirantes? Porque la construcción de la metáfora delirante no está separada del deseo materno. El sujeto psicótico se queda en la operación de alienación al deseo de la madre sin ninguna mediación. Por eso Lacan afirma que el delirio se construye en una identificación cualquiera por la cual el sujeto asume el deseo de la madre²², pero sin el padre simbólico, sin instancia tercera. Este matiz es crucial, pues en Marie también ocurre esto, aunque en otro registro. La asunción del deseo materno que posibilita el delirio se realiza a través de los recursos simbólicos del sujeto, por ello es posible la articulación del mecanismo de la metáfora.

En Marie no se produce un delirio, pero existe una identificación con la que asumir el deseo materno. Sin embargo, la identificación de Marie no se realiza a través de lo simbólico sino a través de lo puro imaginario. La identificación que Marie despliega para asumir el deseo materno en ausencia de la metáfora paterna es una identificación imaginaria con el lugar de la madre. Esta identificación es sin mediación tercera al igual que el delirio, pero, a diferencia de él, el sujeto no hace uso del registro simbólico y se queda en lo imaginario.

De ahí la fragilidad de la tentativa de curación de Marie, puesto que el abrochamiento entre significante y significado, entre lenguaje y cuerpo, que produce la identificación imaginaria está mucho más expuesta a su fractura ante contingencias vitales que la tornen inoperativa, mientras que la metáfora delirante es un punto de abrochamiento y de asunción del deseo materno mucho más fuerte por los recursos simbólicos que pone en juego.

También es importante precisar que al igual que ocurre con el delirio - donde este se produce en base a momentos fecundos -, la reinstauración de la identificación imaginaria de Marie no se produce de golpe con la escena de la pelea entre la enfermera y su compañera de cuarto, sino que era algo que venía gestándose dentro del lapso temporal de la catatonía.

Palomera señala la indagación que Landauer realiza respecto al periodo de catatonía. Ya hemos comentado la incapacidad de Marie para dar cuenta de las experiencias vividas y la frase enigmática que la propia paciente rescata de ese periodo. Sin embargo, además de eso, Marie destaca también que ese periodo de catatonía estaba invadido por fantasías en las que ella se veía con su madre. Se llega a preguntar incluso por qué no ha fantaseado con su padre

²² *Ibidem*. “Aquí la identificación, cualquiera que sea, por la cual el sujeto ha asumido el deseo de la madre desencadena, si se tambalea, la disolución del tripié imaginario”.

si se intentó suicidar para estar con él. Landauer le responde que no sucedió eso debido al odio inconsciente que realmente le profesaba.

Para lo que nos interesa, señalamos las fantasías de verse continuamente con su madre durante el periodo catatónico. Estas fantasías cumplen la misma función que los momentos fecundos del delirio: tratan de situar de nuevo al sujeto en la estructura y proporcionan las condiciones de posibilidad para el abandono del estado de goce de la lengua y para la reparación de la imagen del cuerpo. Ahora bien, los momentos fecundos del delirio tienen su anclaje en el registro simbólico, mientras que las fantasías desplegadas por Marie se ubican en el registro imaginario.

Debido a la presencia de estas fantasías que van poco a poco reinstaurando la identificación imaginaria inoperativa, se puede aprovechar la escena de la pelea, pues funciona a la vez como el detonante de la curación de Marie y como la cristalización de la identificación imaginaria que las fantasías habían comenzado a reparar.

Hay que remarcar que, aunque la tentativa de curación de Marie y los procesos que conducen a ella sean prerrogativa del registro imaginario, algo de lo simbólico tiene que actuar puesto que, si no, o bien la tentativa de curación en la identificación imaginaria no se produciría, o bien se desharía ante la mínima confrontación vital.

Lo simbólico actúa en Marie gracias a la escena fundamental del coito espiado de los padres. Vicente Palomera destaca que se aprovechan los símbolos vinculados a esta escena y nosotros estamos de acuerdo. Precisamente porque algo de lo simbólico quedó fijado a esta escena, la pelea entre la enfermera y la compañera de cuarto puede cristalizar la identificación imaginaria que había existido antes del desencadenamiento y que se estaba reparando por intermedio de las fantasías en el periodo de catatonía.

Ahora bien, estos recursos simbólicos, si bien son suficientes para sellar de nuevo la identificación imaginaria al lugar de madre, son insuficientes para articular una metáfora y, por tanto, son insuficientes para la producción de un delirio.

Por eso insistimos tanto en la fragilidad de la identificación imaginaria comparada con el delirio. En ambos casos es necesario un anclaje en lo simbólico, pero en la identificación imaginaria este anclaje es más pobre que en el delirio. Si la identificación imaginaria está dominada por el registro imaginario, la dialéctica ambivalente desarrollada por Lacan como característica de este registro (o tú o yo) que carece de mediación tercera, produce una mayor exposición a su desorganización o ruptura.

En definitiva, el mínimo anclaje en lo simbólico que Marie encuentra en la escena del coito espiado por los padres se pone en movimiento para reinstaurar la identificación

imaginaria al lugar de madre en la escena de la pelea. Al tornarse de nuevo operativa la identificación imaginaria, Marie como sujeto reaparece en la estructura, abandona el estado de goce de la lengua, y se repara la fractura de la imagen del cuerpo. Gracias a ello Marie puede salir de la posición esquizofrénica a la que la condujo su desencadenamiento.

Posteriormente se puede observar la importancia tanto de la identificación imaginaria de Marie al lugar de madre y su protección ante posibles coyunturas de desencadenamiento como la importancia de los símbolos de la escena fundamental en su relación con la pulsión.

Por ejemplo, la identificación imaginaria al lugar de madre queda evidenciada en su relación con la hermana mayor de Margarete y con la propia Margarete. Ambas funcionan como semejantes a Marie y ambas quedan embarazadas, lo que refuerza la identificación imaginaria.

Pero en este mismo ejemplo podemos notar la función de protección de la identificación imaginaria. La hermana mayor de Margarete muere por las secuelas de un aborto y Marie no se desencadena. A su vez, Margarete hace todo lo posible por interrumpir su embarazo hasta llegar a practicarse un aborto. En este caso Marie tampoco se desencadena, sino que opta por abandonar la relación con ella.

Respecto a la importancia de los símbolos de la escena fundamental y su relación con la pulsión en Marie, esto se evidencia en la fuerte pulsión voyeurista que acompaña a Marie después del desencadenamiento y, particularmente, en las escenas de los cafés, buscando provocar a mujeres. Cuando lo consigue, rápidamente tiene que acostarse con un hombre. La identificación imaginaria a la madre vuelve a funcionar aquí, puesto que el objeto de deseo de una madre habitualmente es un hombre. Eso explica el desvío de la conducta homosexual hacia la heterosexualidad que el propio Landauer remarca.

Observamos entonces que la reparación de la identificación imaginaria permite a Marie prevenir otros desencadenamientos y, además, le otorga una mínima significación fálica (aunque sea desde lo imaginario). Esto permite situarla en el mundo y le posibilita además una relación mínimamente ordenada con el campo pulsional.

Por último, queremos explicar brevemente el viraje al polo melancólico por parte de Marie.

No hay que olvidar que las identificaciones que realiza Marie son con personas muertas. Su madre murió al nacer ella y esta identificación es la que prevalece en el imaginario de Marie. Además, el momento de desencadenamiento muestra la identificación al padre que se acaba de suicidar. Estas dos identificaciones mortíferas son la base de la posición melancólica de Marie antes del desencadenamiento y tras su restablecimiento.

Freud establece claramente que en los sujetos melancólicos se tendría que inferir que sufren por una pérdida de objeto, pero sus declaraciones apuntan a una pérdida en su yo²³.

El propio Freud establece que en la melancolía hubo una elección de objeto, una ligazón de amor a una persona, pero por una afrenta o un desengaño el vínculo de objeto se sacudió. Sin embargo, el desarrollo no fue el normal (quitar la libido de esa persona y desplazarla a otro objeto), sino que la libido libre se retiró sobre el yo y produjo una identificación del yo con el objeto perdido. La sombra del objeto recayó sobre el yo. De esta forma en la melancolía la pérdida de objeto se muda en una pérdida del yo²⁴. De esa manera lee Freud el caso de Marie publicado por Landauer²⁵.

A estas elaboraciones freudianas se añaden las enseñanzas de Lacan respecto a la psicosis. En este sentido, Lacan distingue entre el agujero en lo real que el duelo siempre produce y el agujero en lo simbólico propio de la forclusión psicótica²⁶.

Marie presenta una estructura psicótica, por lo que el agujero en lo simbólico está presente dada la ausencia de metáfora paterna. El suicidio del padre como agujero en lo real remite a este agujero simbólico. Los recursos de Marie sólo le posibilitan la identificación imaginaria para velar los efectos de la forclusión. Sin embargo, esta identificación imaginaria tiene de base una identificación simbólica al objeto perdido, de ahí la naturaleza melancólica de Marie.

Por ello, cuando la identificación imaginaria se reinstaura y Marie sale de la posición esquizofrénica, la única vía que encuentra para orientarse en la estructura es la identificación al objeto perdido y la fragilidad del yo propias de la melancolía.

²³ Freud, S. (2008). *Duelo y melancolía*, en *Obras completas*, T. XIV, p. 245.

²⁴ *Ídem*, p. 246-247.

²⁵ *Ídem*, p. 247.

²⁶ Lacan, J. (2014). *Seminario 6: El deseo y su interpretación*, p. 371: “La dimensión intolerable, en sentido estricto, que se presenta a la experiencia humana no es la experiencia de nuestra propia muerte, que nadie tiene, sino la de la muerte de otro, cuando es para nosotros un ser esencial. Semejante pérdida constituye una *Verwerfung*, un agujero, pero en lo real. En virtud de la misma correspondencia que articulo en la *Verwerfung*, ese agujero resulta mostrar el lugar donde se proyecta precisamente el significante faltante”.

6. 3: La aniquilación del sujeto del lenguaje

Este punto de nuestra investigación está dedicado a profundizar en la cuestión de la aniquilación del sujeto del lenguaje en la esquizofrenia. Consideramos de gran importancia incidir en la lógica de esta aniquilación puesto que nos permitirá comprender posteriormente nociones diferenciales en otros ámbitos de la clínica, como por ejemplo las referidas a la paranoia y al fenómeno psicosomático.

Antes de sus últimas elaboraciones y de la aparición del *parletre* como la conjunción de sujeto y goce, toda la enseñanza previa de Lacan en relación al sujeto define a este con una característica esencial: el sujeto para Lacan es siempre sujeto de lenguaje, de ahí su cualidad de vacío, de ahí la falta de ser del sujeto, pues el ser del sujeto no es material sino lingüístico y el significante se define por su carácter vacío y diferencial - propiedades que forman parte de la concepción lacaniana de sujeto -.

Antes de las últimas elaboraciones de Lacan, gran parte de su enseñanza tuvo como objetivo formalizar la manera en la que ese sujeto de lenguaje se articula al cuerpo, la manera en la que sujeto de lenguaje y goce del cuerpo se articulan en su diferencia.

Un hito nuclear en esta articulación es la formalización de las operaciones de alienación y separación a partir del *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis* y del escrito *Posición del inconsciente*.

6. 3. 1: Alienación y separación

La alienación es la operación lógica que define la constitución del sujeto en el campo del significante. El ser del sujeto se aliena en los significantes amo (S_1) al precio de su petrificación¹. Posteriormente, a través de la segunda operación lógica, la separación, el sujeto

¹ Lacan, J. (2009). "Posición del inconsciente", en *Escritos 2*, p. 799-800: "La primera, la alienación, es cosa del sujeto [...]. No es concebible ninguna relación que engendre la alienación, si no es la del significante [...]. El significante, produciéndose en el lugar del Otro todavía no delimitado, hace surgir allí al sujeto del ser que no tiene todavía la palabra, pero al precio de coagularlo [...]. La alienación reside en la división del sujeto [...]. Esta estructura es la de un *vel*, nuevo en producir aquí su originalidad. Para eso hay que derivarlo de lo que llaman, en la lógica llamada matemática, una reunión [...]. Esta reunión es tal que el *vel* que llamamos de alienación sólo impone una elección entre sus términos eliminando uno de ellos, siempre el mismo sea cual sea esa elección [...]. Esta disyunción se encarna [...] en cuanto el significante se encarna en un nivel más personalizado en la demanda o en la oferta: en "la bolsa o la vida" o "en la libertad o la muerte". Se trata tan sólo de saber si queremos o no [...] conservar la vida o rehusar la muerte, pues en lo que hace al otro término de la alternativa: la bolsa o la libertad, vuestra elección será en todo caso decepcionante [...]. Lo que queda está de todos modos descornado: será la vida sin la bolsa [...]. Del mismo modo nuestro sujeto está colocado en el *vel* de cierto sentido que ha de recibirse o de la petrificación. Pero si se queda con el sentido, es en ese campo (del sentido) donde vendrá a morder el sinsentido que se produce por su cambio en significante".

excava una falta en el Otro alienante a través de la pulsión y puede recuperar algo del goce que perdió en su alienación significativa².

Estas dos operaciones lógicas dan cuenta de dos cuestiones centrales. Por un lado, definen la causación del sujeto, es decir, definen la forma en la que el sujeto aparece por primera vez en la estructura. Por otro lado, articulan el sujeto del lenguaje con el goce del cuerpo. El resultado entonces es una articulación entre el sujeto alienado al significante y la recuperación de algo del goce perdido mediante el circuito pulsional que va y viene en torno a un objeto que siempre falta. Esta articulación permite situar la fórmula lacaniana del fantasma: $\$ \Delta a$.

Queremos destacar los puntos más importantes que Lacan enseña en el establecimiento de las operaciones de alienación y separación.

Para Lacan la operación de alienación depende del campo del Otro, campo en el que el sujeto se constituye primariamente. Esta operación es la que instaura la división subjetiva propia del sujeto.

La alienación consiste en una elección forzosa que el sujeto realiza entre el ser y el sentido. Sólo puede elegir el sentido ya que, si elige el ser, el sujeto muere, puesto que para poder vivir necesita obligatoriamente constituirse en el campo del sentido y de los significantes sobre los que apoyará sus demandas y satisfará sus necesidades. De ahí el carácter forzoso de esa elección.

Sin embargo, al elegir el sentido, el sujeto queda cercenado en su ser. Queda alienado a la captura de un significante que lo petrifica y lo coagula. La falta en ser característica del sujeto tiene en esta operación su origen. Además del cercenamiento en su ser, Lacan establece

² *Ídem*, p. 801-802: “La forma lógica que viene a modificar dialécticamente esta segunda operación se llama en lógica simbólica: la intersección [...]. Esta función aquí se modifica por una parte tomada de la carencia a la carencia, por la cual el sujeto viene a encontrar en el deseo del Otro su equivalencia a lo que él es como sujeto del inconsciente. Por esta vía el sujeto se realiza en la pérdida en la que ha surgido como inconsciente, por la carencia que produce en el Otro, según el trazado que Freud descubre como la pulsión más radical y a la que denomina: pulsión de muerte [...]. La parte no es el todo [...]. Debería acentuarse que nada tiene que ver con el todo [...], ella juega su partida por su propia cuenta. Aquí es de la partición de ésta de donde el sujeto procede a su parto [...]. *Separare, se parare*: para guarecerse del significante bajo el cual sucumbe, el sujeto ataca a la cadena, que hemos reducido a lo más justo de un binarismo, en su punto de intervalo. El intervalo que se repite, la más radical estructura de la cadena significativa, es el lugar frecuentado por la metonimia, vehículo [...] del deseo. En todo caso, bajo la incidencia en que el sujeto experimenta en ese intervalo Otra cosa para motivarlo que los efectos de sentido con que lo solicita un discurso, es como encuentra efectivamente el deseo del Otro, aun antes de que pueda siquiera nombrarlo deseo, mucho menos de imaginar su objeto. Lo que va a colocar allí es su propia carencia bajo la forma de la carencia que produciría en el Otro por su propia desaparición. Desaparición que [...] tiene a mano, de la parte de sí mismo que regresa de su alienación primera. Pero lo que colma así no es la falla que encuentra en Otro, es en primer lugar la de la pérdida constituyente de una de sus partes y por la cual se encuentra en dos partes constituido. Aquí yace la torsión por la cual la separación representa el regreso de la alienación. Es que opera *con* su propia pérdida, que vuelve a llevarlo a su punto de partida”.

que, al elegir el sentido, el sujeto aparece en un lado como significación, pero en otro lado aparece como desaparición, como afánisis³.

Para comprender esta cuestión hay que señalar la definición que Lacan da en este momento del significante ligándolo al sujeto: un significante es lo que representa a un sujeto para otro significante⁴. Por tanto, el par mínimo significante S_1 - S_2 es imprescindible para captar la operación de alienación y la naturaleza significativa del sujeto.

Lacan afirma que la alienación se produce porque el primer significante surge en el campo del Otro y representa al sujeto para otro significante. Este significante tendrá como efecto la afánisis del sujeto e instaurará la división subjetiva⁵. Por eso Lacan establece como consecuencias de la alienación significativa la suspensión del sujeto, su vacilación y la caída del sentido⁶.

Con el fin de responder a esta captura alienante que ha coagulado al sujeto en un significante y le ha dividido entre el sentido y la afánisis, adviene la operación de separación.

Para que la operación de separación se produzca, el campo del Otro tiene que ser percibido por el sujeto como dotado de una falta. Lacan establece que la falta en este campo puede ser captada por el sujeto en el intervalo significativo del discurso del Otro, pues es allí donde se aloja el deseo⁷. De ahí la importancia de un Otro deseante, caracterizado por la falta; sin esta falta la operación de separación no puede realizarse.

Una vez localizada la falta en el Otro, el sujeto responde a esta con su propia falta, su propia desaparición⁸. Por eso Lacan define el núcleo de la operación de separación como la superposición de dos faltas⁹.

A través de la alienación y la separación Lacan va a dar cuenta no sólo del surgimiento del sujeto, sino también de la aparición del inconsciente. Para ello se va a centrar en la noción

³ Lacan, J. (2013). *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, p. 219: “[...] el ser del sujeto, el que está aquí del lado del sentido. Si escogemos el ser, el sujeto desaparece, cae en el sin-sentido; si escogemos el sentido, este sólo subsiste cercenado de esa porción de sin-sentido que, hablando estrictamente, constituye, en la realización del sujeto, el inconsciente. En otros términos, la índole de este sentido tal como emerge en el campo del Otro es la de ser eclipsado, en gran parte de su campo, por la desaparición del ser, inducida por la propia función del significante”.

⁴ *Ídem*, p. 215.

⁵ *Ídem*, p. 226.

⁶ *Ídem*, p. 254.

⁷ *Ídem*, p. 222: “El sujeto encuentra una falta en el Otro, en la propia intimación que ejerce sobre él el Otro con su discurso. En los intervalos del discurso del Otro surge en la experiencia del niño algo que se puede detectar en ellos radicalmente - *me dice eso, pero ¿qué quiere?* Este intervalo que corta los significantes, que forma parte de la propia estructura del significante, es la guarida de lo que [...] he llamado metonimia. Allí se arrastra, se escabulle, [...] eso que llamamos el deseo. El sujeto aprehende el deseo del Otro en lo que no encaja, en las fallas del discurso del Otro”.

⁸ *Ibidem*: “Para responder a esta captura, el sujeto responde con la falta antecedente, con su propia desaparición, que sitúa aquí en el punto de la falta percibida en el Otro. El primer objeto que propone a ese deseo parental cuyo objeto no conoce, es su propia pérdida - *¿Puede perderme?*”.

⁹ *Ibidem*.

freudiana de *Vorstellungsrepräsentanz* (representante de la representación) tan importante para comprender la esencia de la pulsión.

Lacan afirma que el representante de la representación se evidencia en la alienación. En esta operación surge el significante unario del sujeto en el campo del Otro. Debido a su naturaleza, este significante unario representa al sujeto para otro significante, cuyo efecto es la afánisis del sujeto¹⁰. Lacan establece que se trata de un asunto de vida o muerte entre el significante unario y el sujeto como significante binario, que es causa de su desaparición. Lacan define al representante de la representación como el significante binario¹¹.

En el segundo tiempo lógico de la operación de separación el significante binario (el representante de la representación) queda caído abajo¹², se produce la represión primordial. Estamos en el momento del surgimiento del inconsciente.

Aquí Lacan llama la atención sobre la necesidad lógica del momento en que el sujeto se constituye en torno a la represión primordial producida por la caída de ese significante. Afirma que el sujeto se constituye en torno a la represión primordial pero que no puede subsistir en ella, ya que para ello se requeriría la representación de un significante para otro y sólo hay uno. De ahí que Lacan destaque dos caras: el momento constitutivo en que cae la significancia, vinculado a un lugar en su función a nivel del inconsciente, y el efecto de retorno¹³.

Además de posibilitar la represión primordial, la operación de separación instaaura la identificación del sujeto con el objeto *a*¹⁴.

Lacan afirma que es gracias a la función del objeto *a* que el sujeto puede separarse y abandonar algo de la totalidad alienante instituida por el significante¹⁵. Este objeto *a* le sirve al sujeto para taponar la hiancia a la que obliga su división inaugural¹⁶, algo a lo que Lacan había aludido previamente al afirmar que el sujeto tiene que liberarse del efecto afanísico del significante binario¹⁷.

¹⁰ *Ídem*, p.226.

¹¹ *Ibidem*.

¹² *Ídem*, p.227.

¹³ *Ídem*, p. 259.

¹⁴ *Ídem*, p. 265.

¹⁵ *Ibidem*: “El sujeto, por la función del objeto *a*, se separa, deja de estar ligado a la vacilación del ser al sentido que constituye lo esencial de la alienación”.

¹⁶ *Ídem*, p. 278.

¹⁷ *Ídem*, p. 227.

6. 3. 2: Alienación, separación y autoerotismo

Con el fin de captar la esencia de la aniquilación del sujeto del lenguaje, consideramos imprescindible articular las operaciones de alienación y separación con las nociones que Vicente Palomera aporta respecto al autoerotismo, las cuales hemos comentado al exponer el caso de Emma A.

La pulsión parcial para Lacan es uno de los índices fundamentales de la subjetividad y es un signo eminente de que la sexualidad en el humano se instaura por la vía de la falta¹⁸.

La pulsión como tal se constituye en la operación de separación y para ello es necesario que, como afirma Palomera, se produzca una triple sustitución en el lugar de las zonas erógenas: 1) Una excitación externa se anticipa a la interna y la absorbe; 2) El sujeto sustituye el objeto de la necesidad que aporta el Otro por un gesto que el propio sujeto traza sobre su cuerpo, este gesto es el contorno del objeto que falta; 3) Un plus de goce que tiene como causa la falta de objeto sustituye la satisfacción de la necesidad.

Esta triple sustitución modifica la relación del sujeto con su cuerpo. Pasa de una posición en la que es un cuerpo entregado al capricho del Otro, a una posición en la que su propio cuerpo se ofrece a su servicio. Esta triple sustitución ilustra el modo en que caen los objetos *a*, gracias a esta caída el circuito pulsional puede instaurarse.

Palomera subraya que en el chupeteo el sujeto se divide, estando al mismo tiempo del lado del Otro exterior y del lado del cuerpo. Entre ambos la zona erógena hace de borde trazando un lugar de intercambios.

Tenemos entonces en primer lugar la operación de alienación, que ha capturado al sujeto petrificándolo en el significante y le divide entre el sentido y la desaparición. En este momento lógico el sujeto queda pegado al goce del Otro. Como puente entre la operación de alienación y la de separación se ubica la presencia del objeto *a* en el borde de las zonas erógenas.

Para que la operación de separación pueda producirse, el sujeto debe desprenderse de los objetos *a*. La caída de estos a través de la triple sustitución que produce el sujeto en las zonas erógenas instaura la aparición del circuito pulsional, que es un recorrido sobre el contorno de un objeto eternamente faltante (objeto *a* que ha caído) en la zona erógena.

¹⁸ *Ídem*, p. 212-213: “Que la pulsión, la pulsión parcial, sea lo que allí orienta, que sólo la pulsión parcial represente en el psiquismo las consecuencias de la sexualidad, indica que la sexualidad está representada en el psiquismo por una relación del sujeto que se deduce de algo que no es la propia sexualidad. La sexualidad se instaura en el sujeto por la vía de la falta”.

La división del sujeto que la alienación ha provocado queda, a través de la operación de separación, taponada en su efecto de afánisis radical, puesto que el sujeto a través de la pulsión reubica su división: por una parte, está del lado del Otro exterior (alienación) y por otra parte está del lado del cuerpo (se sustituye la afánisis radical por el circuito pulsional). De ahí que las zonas erógenas funcionen como borde y como lugar de intercambios entre el Otro y el sujeto.

Hemos insistido en que la característica definitoria de la separación consiste en la superposición de dos faltas: la del Otro (el deseo del Otro) y la del sujeto (la pérdida del objeto *a* que abre el circuito pulsional).

Para que el sujeto pueda constituirse a través de la pulsión en la separación, el Otro primordial tiene que estar en falta, tiene que tener fallas en su discurso, tiene que mostrar su deseo. Si esta falta en el Otro está presente, el sujeto puede realizar la triple sustitución en la zona erógena que posibilita la caída del objeto *a* y la instauración de la pulsión parcial como medio para recuperar el goce que, en la alienación, está completamente volcado en el Otro sin ninguna mediación.

No es este el caso de la psicosis. Desde el principio de la enseñanza de Lacan se ha observado que en la psicosis el Otro primordial puede no mostrar su falta, lo cual produce que el significante del Nombre del Padre no se transmita y que la metáfora paterna no pueda operar.

Si el Otro no está en falta, el sujeto psicótico no puede desplegar la triple sustitución en las zonas erógenas que posibilitan la caída de los objetos *a* y, por tanto, no puede acceder a la operación de separación. En el sujeto psicótico ha acontecido la alienación, pero la operación de separación no se ha producido. Esto tiene una consecuencia fundamental en el orden de la división subjetiva.

Palomera afirma que en el sujeto psicótico la división subjetiva no ha tenido lugar. Nosotros no estamos totalmente de acuerdo. La división subjetiva sí ha tenido lugar, ya que el propio Lacan la pone del lado de la alienación y el sujeto psicótico sí ha accedido a esta primera operación. Lo que no se produce en la psicosis es el taponamiento de la afánisis radical a la que la alienación aboca al sujeto.

Lacan insiste en que la alienación obliga a una elección forzosa entre el ser y el sentido. El sujeto obligatoriamente tiene que elegir el sentido, lo cual le priva de su ser. Sin embargo, al elegir el sentido el sujeto queda dividido entre lo que él es como significación y su desaparición más radical. Posteriormente, a través de la operación de separación esta desaparición radical queda taponada, aliviada, por una identificación con el objeto *a* que se

ha desprendido. El circuito pulsional que traza el recorrido de ida y vuelta contorneando el objeto *a* ausente produce un alivio de la afánisis radical de la alienación y, además, permite al sujeto escapar de la petrificación significativa, le permite vivificarse a través del goce pulsional.

Es justo en este punto donde nosotros situamos la aniquilación del sujeto del lenguaje, el destino al que, por no haberse producido la separación, el sujeto queda unido: el inestable equilibrio entre la significación y su desaparición absoluta. Volveremos a esta cuestión enseguida, pero antes finalizaremos la articulación de las ideas de Palomera.

En la psicosis entonces no se ha producido la triple sustitución que posibilita la aparición del circuito pulsional, esto es debido a que los objetos *a* no han podido caer, y no han podido caer porque el Otro no ha mostrado una falta ante la que el sujeto pueda responder con la suya propia.

La consecuencia para Palomera es que la pulsión queda truncada. La pulsión queda reducida sólo al empuje, que es su característica primordial, y a la fuente, puesto que esta toma su base en la organicidad del cuerpo. Sin embargo, tanto el objeto como la meta de la pulsión quedan elididos. El primero porque para que la pulsión pueda hacer su recorrido metonímico de un objeto a otro, es decir, para que la pulsión muestre su carácter indiferente ante cualquier objeto, el objeto *a* debe haber caído. Si este se encuentra presente, la pulsión no puede sustituirlo por una serie distinta de objetos. En cuanto a la meta, esta también está ausente, ya que la meta de la pulsión es el recorrido que realiza contorneando el objeto *a* que debería faltar, pero que sin embargo en la psicosis está presente.

Palomera finaliza sus observaciones con una puntualización esencial. El truncamiento del circuito pulsional causado por la presencia del objeto *a* y, por tanto, causado por la ausencia de la operación de separación, produce dos efectos. Por un lado, en la psicosis no existe un goce del sujeto ligado a la pulsión, sino que lo que existe es un goce del Otro, el cual propiamente hablando no es pulsión. En efecto, el sujeto psicótico queda pegado al Otro, tanto a sus significantes como a su goce, puesto que no ha podido separarse de él.

Por otro lado, en la psicosis se produce un cortocircuito en el recorrido pulsional donde no hay trayecto de retorno. Esta cuestión es esencial respecto a la aniquilación del sujeto del lenguaje. Si efectivamente el circuito pulsional se define por su trayecto de ida y vuelta contorneando un objeto que falta y en la psicosis el objeto que debería faltar en realidad está presente, entonces puede entenderse que el sujeto desaparezca si el objeto se desprende, precisamente porque no hay trayecto de retorno. En la psicosis el sujeto *es* el objeto *a* real. Si este se desprende, el sujeto cae con él, queda aniquilado.

Es por ejemplo lo que le ocurre a Schreber cuando deja de pensar. En esta situación los nervios divinos se retiran de su cuerpo, es decir, el objeto se desprende, pero, al estar cortocircuitado el recorrido pulsional, no hay trayecto de retorno, por lo que el sujeto Schreber queda aniquilado. Volveremos casi de inmediato a esta cuestión para ampliarla.

6. 3. 3: Aniquilación del sujeto del lenguaje en la esquizofrenia

Después de haber trazado los hitos en la lógica de la causación del sujeto mediante las operaciones de alienación y separación, y tras haberlas articulado con las puntualizaciones que aporta Vicente Palomera, podemos establecer las dos nociones que permiten entender la aniquilación del sujeto del lenguaje en la esquizofrenia.

Por un lado, el sujeto psicótico ha accedido a la operación de alienación, pero no a la de separación. Esto produce que el sujeto quede en precario equilibrio entre su representación significativa (el campo del sentido) y su desaparición radical en la afánisis. Es decir, la división subjetiva en la psicosis es sin paliativos, porque no hay nada que funcione de barrera si el sujeto se ve abocado a una situación de afánisis, no hay recorrido pulsional ni fantasma que contenga la aniquilación si la representación significativa sobre la que se sostiene el sujeto se quiebra.

Por otro lado, al no haber instauración del circuito pulsional debido a la ausencia de la operación de separación y a la permanencia de los objetos *a* en las zonas erógenas, cualquier situación que conmine al sujeto a un desprendimiento del objeto produce la aniquilación de este sujeto, ya que en la psicosis el sujeto es el objeto *a*.

Trataremos ahora de articular más finamente estas dos nociones, que van necesariamente unidas, en la aniquilación del sujeto del lenguaje.

El psicótico es un sujeto, lo cual quiere decir que ha sido capturado en la estructura del lenguaje. Sin embargo, la constitución del sujeto psicótico no se ha producido de forma completa, ya que ha accedido a la operación de alienación pero no ha podido producir la operación de separación. La ausencia de la separación implica dos consecuencias en dos niveles distintos pero entrelazados.

En el nivel de la representación significativa del sujeto (alienación) se produce la división subjetiva, sin embargo, al no acceder a la operación de separación, el sujeto queda confrontado a la afánisis radical de esta división sin ninguna barrera. El sujeto elige el sentido en lugar del ser, por ello queda necesariamente dividido entre la significación y la afánisis. La separación tendría que aportar un alivio de la afánisis, cosa que en la psicosis no se produce.

Lacan establece las consecuencias de quedar coagulado en la alienación y de quedar confrontado a la afánesis radical sin que se establezca la separación: la suspensión del sujeto, su vacilación y la caída del sentido. Aniquilación del sujeto en definitiva.

En el nivel del goce del cuerpo la ausencia de la operación de separación implica la no caída de los objetos *a* y, por tanto, no se establece el circuito pulsional, quedando este truncado. Las consecuencias para el sujeto consisten en quedarse pegado al goce del Otro (en vez de separarse de él a través del goce pulsional), además el goce del sujeto queda reducido a la fuente somática y, sobre todo, a un empuje constante que no puede volcar hacia fuera; por último, el goce no presenta un trayecto de retorno, es decir, el circuito pulsional está cortocircuitado, por lo que en vez de realizar un trayecto de ida y vuelta en torno a un objeto faltante, el sujeto sólo puede realizar un trayecto de ida sobre un objeto que está realmente presente: es la identificación absoluta del sujeto con el objeto *a*.

Para comprender esta última consecuencia en relación al goce, podemos leerlo de otra manera. Hemos dicho que en la alienación el sujeto queda dividido entre su representación significativa y su desaparición radical. Posteriormente en la operación de separación se desprende el objeto *a*, se instaura el circuito pulsional de ida y vuelta contorneando la falta de este objeto y, de esta forma, el sujeto alivia la afánesis radical de la alienación identificándose al objeto *a* desprendido a través de la pulsión.

En la psicosis no hay operación de separación, por lo que el sujeto queda confrontado a su desaparición radical. La manera fundamental en la que el sujeto psicótico puede taponar esta afánesis es, al igual que el neurótico, con la identificación al objeto *a*. Sin embargo, en la psicosis el objeto *a* no se ha desprendido, por tanto, la identificación subjetiva al objeto *a* en la psicosis es absoluta, radical y sin mediación.

En la neurosis la identificación al objeto *a* está mediada por el fantasma. Esta mediación es posible porque el objeto *a* ha podido desprenderse. Este vacío, que -recordémoslo - es posible debido a que el Otro ha mostrado su falta, permite al sujeto neurótico elaborar a través de lo simbólico y lo imaginario una explicación al mismo y, por tanto, dota de una significación al deseo del Otro. Precisamente por ello cuando el sujeto se confronta a una situación que remite al objeto *a*, puede responder con el fantasma, con la significación fálica y, por tanto, sus registros se mantienen anudados sin estallar en la psicosis.

En la psicosis no existe esta elaboración fantasmática. La identificación con el objeto *a* no es simbólica ni imaginaria sino real. Es real porque el objeto *a* no se ha desprendido y, por tanto, existe como tal en lo real del sujeto. Cuando el sujeto psicótico se confronta con una situación que remite al objeto *a* del que no se ha desprendido, no acude en su auxilio la

respuesta del fantasma ni la significación fálica, sino el objeto a como tal en lo real. En ese momento el sujeto queda subsumido en el objeto a . En otras palabras, queda aniquilado.

Es lo que tratábamos de mostrar cuando unos párrafos más arriba hablábamos de Schreber, su *liegen lassen* y la ausencia de trayecto de retorno en el circuito pulsional. Si Schreber deja de pensar, Dios se retira de su cuerpo, es decir, el objeto a al que él está identificado y que está presente porque no ha habido operación de separación, se desprende. Al vacío que deja el objeto a no acude un trayecto de retorno en forma de respuesta fantasmática o de significación fálica, sino que lo que acude en su lugar es la desaparición radical del sujeto del lenguaje, es decir, la afánisis de la división subjetiva que acontece cuando la representación signifiante del sujeto se quiebra. En esta circunstancia la representación signifiante se quiebra porque el objeto a se desprende en lo real y, por tanto, no hay otro signifiante que sirva como representación del sujeto para el signifiante unario de Schreber.

En otras palabras, Schreber en estos episodios no se sostiene en el par S_1-S_2 , sino que se sostiene en la identificación masiva al objeto a (S_1-a). Si el objeto a se desprende, el signifiante no remite a otro signifiante, cuestión que posibilitaría el fantasma, sino a la desaparición radical (S_1-0). El sujeto por tanto queda aniquilado. La misma secuencia sostenemos para Marie cuando confiesa estar desnuda frente a un “ellos” enigmático en el periodo más oscuro de su catatonia.

A partir de aquí, Schreber realiza el “esfuerzo de réplica” en las cuatro fases que Lacan establece con el fin de volver a hacer surgir al sujeto y sostenerlo de nuevo mediante la identificación al objeto a .

Este episodio en Schreber ilustra muy bien la aniquilación del sujeto del lenguaje, pero esta aniquilación también se da en otros momentos en Schreber (al inicio de su desencadenamiento, con la muerte del sujeto, en la fragmentación de la identidad...) y aparece en los otros casos, como ya hemos explicado (cuadro catatónico en Marie, sentirse desnuda frente a un “ellos” enigmático, imposibilidad de tomar la palabra en lo que le aconteció en el sanatorio...)

Todas estas cuestiones quedan mucho más aclaradas con las consecuencias que para el sujeto tiene haber accedido a la alienación (división subjetiva que confronta con afánisis radical) y con las consecuencias que para el goce reviste no haber introducido la operación de separación (identificación absoluta al objeto a , pegamiento al goce del Otro, truncamiento de la pulsión).

La aniquilación del sujeto del lenguaje está unida a la regresión tópica al estado de goce de la lengua producida por la fractura de la imagen del cuerpo. Es decir, la aniquilación del

sujeto del lenguaje está presente en el momento inicial del desencadenamiento esquizofrénico. Es lo que también hemos querido mostrar con las operaciones de alienación y separación en la psicosis.

6. 4: El lenguaje de órgano como objeto *a*

En este punto de nuestra investigación trataremos de mostrar en toda su amplitud la afirmación freudiana según la cual el lenguaje de órgano es un intento de curación por parte del sujeto esquizofrénico. Para ello articularemos las experiencias relatadas por Emma A. con el concepto de objeto *a* de Lacan.

Sostenemos que, si el lenguaje de órgano es un intento de curación, lo es precisamente porque este es la construcción de un objeto *a* que trata de localizar mínimamente el goce difuso e invasivo que el cuerpo fragmentado de la lengua ha presentificado en el sujeto por la fractura de la imagen del cuerpo.

Esta idea se sustenta en el esquema fundamental del cuerpo que hemos comentado en el último punto de nuestra introducción, el cual retomamos aquí para destacar las ideas fundamentales.

6. 4. 1: Esquema del cuerpo en la psicosis



Este esquema, elaborado por Marie-Hélène Brousse, ilustra el abrochamiento que el lenguaje posibilita entre la imagen del cuerpo y el cuerpo fragmentado a través de los espacios vacíos producidos por la caída de los objetos *a*. Cuando exponíamos este esquema hacíamos una puntualización importante en relación a la localización del goce difuso de la lengua.

El cuerpo fragmentado se caracteriza por ser una cenestesia invasiva deslocalizada que cifra un goce con estructura de letras. Para que el sujeto pueda separarse de ese goce primero ha de localizarlo. En la enseñanza de Lacan tradicionalmente el primer movimiento de localización del cuerpo fragmentado y, por tanto, la primera barrera ante el goce de la lengua,

se ha situado en el estadio del espejo, el cual finalizaba con la apropiación de la imagen del cuerpo propio que velaba el cuerpo fragmentado.

Sin embargo, nosotros - haciendo una lectura retroactiva de la enseñanza de Lacan - postulábamos un momento lógico anterior al estadio del espejo que funcionaba como una primera localización del goce del cuerpo fragmentado: la constitución de los objetos *a*.

Afirmábamos que las palabras y las demandas del Otro sobre el *infans* se entrelazaban con las experiencias corporales que vivenciaba el recién nacido en su cuerpo fragmentado. Este entrelazamiento iba produciendo una condensación de experiencias de goce en torno a los orificios del cuerpo del niño y, por tanto, iba localizando parte del goce de la lengua en los objetos *a* que obturan dichos orificios.

Este proceso se produce lógicamente antes del estadio del espejo y, para orientarnos mejor, podemos decir que estamos en el tiempo de la operación lógica de la alienación. Posteriormente acontece la operación de separación, donde los objetos *a* caen y se instaura el circuito pulsional alrededor de un agujero. Una vez producida la separación y los vacíos de objeto en las zonas erógenas, la estructura del *infans* está preparada para iniciar el estadio del espejo con todos los actores y el recorrido que hemos ido comentando en esta investigación.

Este camino constituye el abrochamiento entre el cuerpo fragmentado y la imagen del cuerpo en la estructura neurótica, sin embargo, nuestro objeto de investigación es la posición esquizofrénica y, por tanto, la estructura psicótica.

En la psicosis no se ha producido la operación de separación y el objeto *a* permanece presente, puesto que no ha caído. Esto tiene una consecuencia importante para el estadio del espejo.

En el segundo punto de nuestros resultados comentábamos las posibles variables que podían afectar a la buena finalización del estadio del espejo. Las dificultades que enunciábamos se encuadraban dentro del mismo proceso del estadio del espejo; ahora añadimos una dificultad más que se sitúa en un momento anterior.

En efecto, si el abrochamiento entre el cuerpo fragmentado y la imagen del cuerpo tiene como condición la existencia de espacios vacíos que funcionen como puntos de abotonamiento entre ambos, y estos espacios vacíos se constituyen por la caída de los objetos *a*, entonces en la psicosis el abrochamiento entre cuerpo fragmentado e imagen del cuerpo se vuelve muy difícil, precisamente porque en el sujeto psicótico siguen presentes los objetos *a* y, por tanto, no hay espacios vacíos que funcionen como grapas entre lo imaginario y lo real.

Esta dificultad es nuclear y permite comprender por qué la imagen del cuerpo en el sujeto psicótico no funciona como una buena barrera frente al goce del cuerpo fragmentado, ya que los objetos *a* siguen presentes y la imagen del cuerpo no logra poner a distancia al sujeto de los mismos. Además, esta dificultad ayuda a entender el mal producto final que es la imagen del cuerpo en el sujeto psicótico, ya que, al no haber existido la operación de separación y no producirse espacios vacíos que abrochen el cuerpo fragmentado con la imagen del cuerpo, el estadio del espejo ya parte con una alteración desde el inicio. Por ello, el producto final del mismo no va a ser una buena imagen del cuerpo o una buena apropiación de la misma, puesto que el abrochamiento entre la imagen del cuerpo y el cuerpo fragmentado va a verse comprometido debido a la presencia real de los objetos *a*.

De esta forma, cuando el sujeto se vea confrontado a una coyuntura de desencadenamiento, su imagen del cuerpo será más susceptible de fractura y el cuerpo fragmentado se presentificará sin mediación en su subjetividad. En otros términos, la imagen del cuerpo del sujeto esquizofrénico no podrá contener el desbordamiento de lo real con el registro imaginario y el sujeto sufrirá una regresión tópica al estado de goce de la lengua quedando aniquilado en un goce difuso imposible de localizar. Es lo que hemos mostrado a lo largo del segundo apartado de estos resultados como lo más característico de la posición esquizofrénica.

6. 4. 2: El objeto *a* en la enseñanza de Lacan

Para comprender por qué el lenguaje de órgano funciona como el intento de construcción de un objeto *a* que trata de localizar el goce invasivo de la lengua, debemos hacer un breve recorrido por las escansiones de la enseñanza de Lacan en torno a la concepción del objeto *a*.

La primera concepción de este objeto en Lacan se sitúa en el *Seminario 6: El deseo y su interpretación*. En este momento el objeto *a* pertenece al registro imaginario y se destila a lo largo de las lecciones sobre Hamlet y posteriores como objeto del fantasma, donde el objeto *a* se sitúa como complemento del sujeto ($\$$), pudiendo tomar este objeto *a* tres formas: la del objeto pregenital, la del falo (ϕ) o la del delirio (d)¹.

¹ Lacan, J. (2014). *Seminario 6: El deseo y su interpretación*, p. 425-434.

En el *Seminario 7: La ética del psicoanálisis*² Lacan comienza a incidir sobre el registro de lo real a través de la Cosa (*Das Ding*) freudiana. En el *Seminario 8: La transferencia*³, el psicoanalista francés introduce la noción de *ágalma*, que es un antecedente de lo que se esconde detrás de los ropajes fantasmáticos y fálicos del deseo, a saber, el objeto *a* como tal, situado en el registro de lo real.

Es en el *Seminario 10: La angustia*⁴ donde Lacan produce la formalización del objeto *a* como perteneciendo al registro de lo real. En este seminario articula con mayor fineza el objeto *a* desde la perspectiva freudiana del objeto perdido y lo sitúa como objeto de la pulsión y, por tanto, como el objeto causa del deseo. En estos momentos el objeto *a* se desprende de los orificios del cuerpo que operan como bordes. El objeto *a* es un resto producido por una pura extracción corporal. Este objeto por tanto se concibe como un resto necesario producido en el proceso de constitución del sujeto. Todas estas nociones encuentran una articulación más elaborada en el *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*⁵ a través de las operaciones de alienación y separación que hemos ido comentando previamente en esta investigación.

Sin embargo, en el *Seminario 16: De un Otro al otro*⁶ Lacan realiza una aportación esencial en su concepción del objeto *a*. Aquí lo concibe como una pura consistencia lógica, su estructura topológica es la del agujero y su función es darle una forma al goce a través de piezas sueltas del cuerpo que se moldean en torno a ese vacío⁷. De esta forma la concepción del objeto *a* como consistencia lógica funciona como complemento a las extracciones corporales del mismo establecidas por Lacan en el *Seminario 10*⁸.

² Lacan, J. (2011). *Seminario 7: La ética del psicoanálisis*.

³ Lacan, J. (2009). *Seminario 8: La transferencia*.

⁴ Lacan, J. (2010). *Seminario 10: La angustia*.

⁵ Lacan, J. (2013). *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*.

⁶ Lacan, J. (2008). *Seminario 16: De un Otro al otro*.

⁷ Miller, J-A. (2008). “Una lectura del seminario «De un Otro al otro»” [online]: <http://www.freudiana.com/articulos.php?idarticulo=350> [consulta 4 de enero de 2017]. *Revista freudiana*, núm. 53 (mayo-agosto): “El pequeño *a*, por más agujero con un borde que sea, impone una forma al goce [...]. El pequeño *a* cuando es designado como estructura topológica y como consistencia lógica tiene, si puedo decirlo así, la sustancia del agujero y, seguidamente, son piezas sueltas del cuerpo que vienen a moldearse sobre esta ausencia [...]. Lacan compara el agujero del pequeño *a* con un molde”.

⁸ Durand, I. (2007). “Puntuaciones sobre el objeto *a*” [online]: <http://www.freudiana.com/articulos.php?idarticulo=382> [consulta 4 de enero de 2017]. *Revista freudiana*, núm. 51 (septiembre-diciembre): “En realidad hay una complementariedad entre estas dos perspectivas: el objeto *a* como consistencia lógica es una función que el cuerpo tiene que satisfacer con diversas extracciones corporales. Podríamos decir que en el Seminario XVI, Lacan se ocupa de la estructura, de la función $f(x)$, y en el Seminario X se dedica más al argumento, a la variable x ”.

También en este *Seminario 16* comienza a cobrar fuerza la noción de plus-de-goce característica del objeto *a*, que es fundamental en la estructuración de los cuatro discursos, lo cual se producirá en el *Seminario 17: El reverso del psicoanálisis*⁹.

En la última de enseñanza de Lacan el objeto *a* deja de pertenecer a algún registro, sea imaginario, simbólico o real, y se concibe como el resultado del anudamiento de los tres registros. Este anudamiento crea un lugar donde el objeto *a* podrá situarse. Estas últimas puntualizaciones anteceden inmediatamente a la elaboración del *sinthome*.

De este recorrido destacamos fundamentalmente las dos ideas complementarias que se establecen en el *Seminario 10*, el *Seminario 11* y el *Seminario 16*, a saber, las conceptualizaciones que definen al objeto *a* como un objeto real que ha de extraerse de los orificios corporales con el fin de poder constituir al sujeto del deseo, y las conceptualizaciones que encuadran al objeto *a* como una consistencia lógica que da forma al goce a través de piezas sueltas del cuerpo que se moldean en torno a un vacío topológico. Estas dos nociones complementarias permiten entender al lenguaje de órgano como un intento de curación por parte del sujeto esquizofrénico. Trataremos de mostrarlo en el caso de Emma A.

6. 4. 3: Lenguaje de órgano y objeto *a*: la tentativa de curación de Emma A.

Los dos dichos esquizofrénicos, si utilizamos la expresión de Freud, que refiere Emma A. son el tener los ojos torcidos y el falseamiento de su posición. En estos dos dichos Freud descubre que hay un sesgo hipocondríaco: en el primero, un órgano (el ojo) condensa todo el contenido de los pensamientos de la paciente y en el segundo, una sensación de invasión corporal (la sacudida que experimenta en la iglesia) funciona de la misma forma¹⁰. Posteriormente, Freud afirma que esto constituye ya un síntoma, una tentativa de curación¹¹, es decir, que los dichos esquizofrénicos acontecen una vez que ha acaecido la regresión hacia el estado del autoerotismo y, por tanto, no dependen de la represión, sino que son un movimiento del sujeto.

Cuando exponíamos las características estructurales de la posición esquizofrénica afirmábamos que, debido a la escasez de datos clínicos, nos veíamos obligados a postular en Emma A. su posible coyuntura de desencadenamiento, la cual localizábamos en el encuentro con la falta en el Otro, así como la fractura de la imagen del cuerpo, la regresión al estado de

⁹ Lacan, J. (2010). *Seminario 17: El reverso del psicoanálisis*.

¹⁰ Freud, S. (2008) *Lo inconsciente*, en *Obras Completas*, T. XIV, p. 195.

¹¹ *Ídem*, p. 200.

goce de la lengua y la aniquilación del sujeto del lenguaje, precisamente porque la lógica del caso expuesta por Freud nos obligaba a ello.

Es decir, que, si para Freud el lenguaje de órgano ha de considerarse una tentativa de curación del sujeto esquizofrénico, entonces antes de la aparición del lenguaje de órgano ha debido de acontecer el desencadenamiento esquizofrénico que se caracteriza por la fractura de la imagen del cuerpo, la regresión al estado de goce de la lengua y la aniquilación del sujeto del lenguaje. Sólo en estas coordenadas clínicas puede advenir el movimiento del sujeto conducente a la salida de este estado. En el caso de Emma A. será a través del lenguaje de órgano.

Por tanto, antes de las afirmaciones sobre los ojos torcidos y el falseamiento de su posición, nos vemos obligados a suponer para Emma A. un estado clínico donde la imagen de su cuerpo se ha fracturado, por lo que su subjetividad se ve aniquilada en un goce cenestésico invasivo completamente deslocalizado.

Si suponemos que Emma A. ha experimentado antes del lenguaje de órgano este momento clínico, entonces debemos situarnos en el estado de goce de la lengua, que es justo el estado primario del sujeto donde sólo existe el cuerpo fragmentado, cuyo goce le invade y no logra localizarlo. En el esquema fundamental que hemos propuesto, el sujeto se encuentra bajo la barra del lenguaje, subsumido en la fragmentación corporal y en el goce de la lengua.

Hemos insistido en que para que el sujeto pueda separarse de este goce de la lengua invasivo, primero ha de localizarlo. El presidente Schreber lo localizaba fuera de él, en el Otro divino, a través de su metáfora delirante que le abría el camino a la posición paranoica. Marie lograba contener este goce a través de una sutura de su imagen del cuerpo producida por una identificación imaginaria al lugar de madre, lo cual debido a las características de su historia personal le ponía en el umbral de la posición melancólica. Emma A. sin embargo, no produce una metáfora delirante ni emplea la identificación imaginaria con su amado como reparación de la imagen del cuerpo; en lugar de eso elabora el lenguaje de órgano. Es decir, la tentativa de curación de Emma A. produce una localización del goce invasivo de la lengua a la vez muy fundamental y muy precaria.

Emma A. va a utilizar las palabras como objetos *a* para poder localizar ese goce de la lengua. La tentativa de curación de Emma A., por tanto, va a mostrar ejemplarmente el momento, previo al estadio del espejo, por el que el sujeto trata de localizar el goce difuso de la lengua en objetos *a* situados en los orificios del cuerpo.

Es aquí donde cobra una importancia fundamental la concepción lacaniana del objeto *a* como consistencia lógica, moldeándose piezas sueltas del cuerpo alrededor de un vacío

topológico. Las palabras de Emma A. no son cualquiera, son palabras que van unidas a experiencias de goce y, por tanto, permiten nombrarlo, cifrarlo y localizarlo. Además, son palabras que tienen que ver con el cuerpo, un cuerpo fragmentado que trata de ser localizado en significantes que lo nombran.

Sin embargo, lo característico de estos significantes es que son tomados en su pura literalidad. Freud afirma que esto es debido a que predomina la referencia a la palabra sobre la referencia a la cosa¹², lo cual Vicente Palomera traduce sosteniendo que en el sujeto esquizofrénico la combinación signifiante (la relación de palabra) no implica la relación de cosa (el efecto de significado)¹³. Es decir, son significantes que presentan una carencia en su función metafórica; significantes que adquieren un peso absoluto y, en palabras del Lacan de principios de los años cincuenta, permanecen cerrados a todo intercambio dialéctico. Esta es una prueba que utilizamos para sostener el carácter de objeto *a* que revisten los significantes del lenguaje de órgano.

En efecto, Emma A. se encuentra con la subjetividad aniquilada en el estado de goce de lalengua, por lo que un goce invasivo e ilocalizable gobierna su cuerpo; en esos momentos el cuerpo de Emma A. está fragmentado en pedazos vivos. Con el fin de paliar esa invasión Emma A. va a utilizar ciertas palabras que nombran sensaciones de goce intensas, las cuales están estructuradas como letras, para crear objetos *a* que funcionen como una primera localización del goce después del desencadenamiento esquizofrénico.

Los significantes que nombran esas sensaciones de goce intensas son las piezas sueltas del cuerpo que tratan de moldearse en torno a un vacío topológico. Es decir, son los objetos *a*. Lo cual explica su carencia de función metafórica, ya que no son significantes que remitan a otros, sino que son significantes que congelan un goce. Los “ojos torcidos” o el “falseamiento de la posición” dan forma y localizan un goce que invade la subjetividad y está deslocalizado.

Emma A. ejemplifica muy bien la consistencia lógica del objeto *a*, puesto que uno de los significantes que utiliza para nombrar y localizar el goce de lalengua pertenece a un orificio del cuerpo (los “ojos torcidos”), sin embargo, el otro (“falseamiento de la posición”) no y, no obstante, cumple la misma función: construcción de un objeto *a* que localiza experiencias de goce intensas y deslocalizadas.

Esto es debido a que la característica fundamental del objeto *a* en la esquizofrenia no es su constitución en torno a orificios del cuerpo - aunque muchas veces suceda así -, sino que

¹² *Ídem*, p. 197.

¹³ Palomera, V. (2014). *Pioneros de la psicosis*, p. 201.

la característica fundamental es el movimiento que conduce a nombrar una experiencia de goce muy intensa en un cuerpo que se experimenta como completamente fragmentado, escindido y deslocalizado.

La utilización de cualquier significante que nombre un trozo del cuerpo, una pieza suelta del cuerpo, vaciada de todo sentido metafórico y usada en su pura literalidad para dar forma a un goce invasivo, congelarlo y localizarlo, es utilizar el lenguaje de órgano como objeto *a* en su núcleo más fundamental: el dar forma a un goce y, de este modo, localizarlo.

Ahora podemos entender con mayor profundidad la afirmación lacaniana en relación a la esquizofrenia, según la cual en la esquizofrenia lo simbólico se vuelve real. Los significantes dejan de tener una función simbólica metafórica y de intercambios para convertirse en elementos reales que dan forma a un goce difuso e invasivo y lo localizan. Lo simbólico (significantes) se vuelve real (objetos *a*).

Decíamos que este movimiento del sujeto esquizofrénico era una tentativa de curación muy fundamental y, a la vez muy precaria. Es muy fundamental porque es el movimiento básico, nuclear, esencial, del sujeto para salir del goce que le invade. Es decir, la construcción de un objeto *a* que dé un molde a este goce y lo localice (ya sea en los orificios del cuerpo o en una sensación cenestésica determinada) es el paso esencial para reintroducir al sujeto en la estructura. Recordamos nuestro esquema: antes del estadio del espejo, se produce la construcción de los objetos *a* para localizar el goce de la lengua. Esto es justo lo que reproduce, lo que replica, el lenguaje de órgano de la esquizofrenia.

Sin embargo, a la vez es una tentativa de curación muy precaria, ya que seguimos en la estructura psicótica, lo cual significa que el objeto *a* no cae, no se produce la operación de separación. Si el sujeto esquizofrénico construye un objeto *a* a través de su lenguaje de órgano para localizar el goce de la lengua, también es incapaz de separarse de este objeto que ha construido y, en palabras de Lacan, lo continúa llevando en el bolsillo.

Es justo lo que le ocurre a Emma A. Debido a su estructura psicótica, ella permanece pegada al goce del Otro, ya que la pulsión está truncada por la inexistencia de la operación de separación. En esta lógica ocurre el desencadenamiento que la aniquila en el goce de la lengua. A partir de aquí, Emma A. construye el lenguaje de órgano como un objeto *a* que localiza su goce, sin embargo, no puede separarse de este objeto, queda pegada a él y le sigue invadiendo. Lo que ocurre es que es una invasión un poco menos radical que la del estado de goce de la lengua y, además, la del lenguaje de órgano es una invasión que puede situar y localizar.

Hay que observar que en Emma A. la construcción del objeto *a* a través del lenguaje de órgano se produce siempre en mediación con su amado. Esto muestra lo que afirmábamos con Palomera al exponer el caso, a saber, que el objeto en el lenguaje de órgano queda pegado o bien a la superficie del sujeto (al yo como superficie), o bien pegado a la superficie del otro¹⁴. En la esquizofrenia a nivel estructural esta distinción es indiferente, puesto que la disolución del registro imaginario condena al sujeto a un transitivismo en el que llega a ser imposible distinguir quién es el yo y quién es el semejante. Es justo esto lo que le ocurre a Emma A. A través de su lenguaje de órgano queda pegada al objeto *a* que ha construido y que identifica con el amado. Él es el torcedor de ojos y él que quiere falsearle la posición, según la paciente, pero, sin embargo, es Emma A. quien nombra su goce deslocalizado con estos significantes, construyendo un objeto *a* que sigue invadiéndola porque queda pegado a la superficie del yo, un yo que está fundido con el semejante, con su amado, pues la esquizofrenia es justo la patología de la pérdida de los límites del yo

Por todo esto decimos que el lenguaje de órgano es una tentativa de curación muy precaria. Localiza un goce difuso e invasivo, es cierto; permite además al sujeto reaparecer de nuevo en la estructura, también es cierto. Pero no produce ningún movimiento más: el sujeto sigue sintiéndose invadido por un goce del cuerpo que está frágilmente localizado en palabras de las que no se puede separar.

Emma A. no elabora un delirio creativo que le permita separarse, al menos imaginariamente, del goce que la invade localizándolo en el Otro; tampoco utiliza a su amado como una identificación imaginaria que vele ese goce invasivo y ponga una barrera imaginaria entre ella y su cuerpo. No, Emma A. siente la invasión del objeto *a* en primer plano, una invasión ahora localizada pero no por ello más llevadera. Emma A. no encuentra una salida a su posición esquizofrénica y permanece prisionera en ella.

Es el inconveniente más cruel del lenguaje de órgano. Mientras que a nivel clínico nos ilustra sobre la función del objeto *a* como consistencia lógica, mientras que permite la reaparición del sujeto y la localización del goce de la lengua, no permite, por el contrario, que el sujeto abandone su posición esquizofrénica, no permite que el cuerpo deje de invadir y deje de ser ese Otro invasivo para el sujeto. El sujeto habla, construye un objeto *a* con las palabras, pero queda condenado a no poder deshacerse ni del objeto de su invención ni de las palabras que le dan forma.

¹⁴ *Ídem*, p. 209.

7. DISCUSIÓN

7. 1: Posición esquizofrénica y posición paranoica

Tras haber destacado las características estructurales de la posición esquizofrénica y haber puesto a prueba nuestras hipótesis respecto a la misma, pasamos a diferenciar la posición esquizofrénica de la posición paranoica. Posteriormente trataremos de esclarecer las diferencias entre los síntomas corporales de la esquizofrenia frente a los de la histeria, la hipocondría y el fenómeno psicossomático.

7. 1. 1: Diferencias estructurales entre esquizofrenia y paranoia

A lo largo de los resultados de esta investigación hemos ido estableciendo algunas de las diferencias que permiten distinguir la posición esquizofrénica de la posición paranoica, particularmente las referidas a la elaboración de una metáfora delirante en la paranoia frente a la elaboración del lenguaje de órgano en la esquizofrenia. Ahora profundizaremos en otras cuestiones diferenciales.

Para poder organizar con el debido rigor las diferencias entre esquizofrenia y paranoia distinguiremos dos niveles. En el nivel más básico, aquel que sustenta al siguiente, se sitúan las diferencias estructurales entre las dos posiciones subjetivas. A partir de este nivel podemos establecer las diferencias que se ubican en dos campos fundamentales: el campo del goce y el campo del lenguaje. Estos dos campos, a pesar de afectar a registros distintos, están emplazados al mismo nivel. El nivel donde se sitúan las diferencias en el campo del goce y en el campo del lenguaje permite dar cuenta de la fenomenología diferencial que se presenta a ras del plano observable en la esquizofrenia y en la paranoia.

Por tanto, existe un nivel estructural que distingue la posición esquizofrénica y la posición paranoica. Estas diferencias estructurales afectan al campo del goce y al campo del lenguaje, los cuales determinan los fenómenos distintos que el clínico puede observar en el sujeto esquizofrénico y en el sujeto paranoico.

Dentro del nivel que marca las diferencias estructurales entre la posición esquizofrénica y la posición paranoica se encuadran dos nociones esenciales: la operatividad o inoperatividad del estadio del espejo y la fragmentación o solidificación del par S_1 - S_2 .

Respecto a la operatividad o inoperatividad del estadio del espejo, podemos sostener que en la esquizofrenia el estadio del espejo resulta inoperativo, mientras que en la paranoia

funciona y opera, permitiendo la síntesis de la imagen del cuerpo. Vicente Palomera remarca esta cuestión para realizar una distinción estructural entre esquizofrenia y paranoia¹.

Nosotros hemos venido insistiendo en la problemática del estadio del espejo asociado a la posición esquizofrénica. Hemos tratado de aclarar las dificultades que el sujeto esquizofrénico puede encontrar en este momento con el fin de entender por qué la imagen del cuerpo no se abrocha al cuerpo fragmentado. En otros términos, hemos tratado de elucidar las dificultades que tornan inoperativo el estadio del espejo en la esquizofrenia.

La inoperatividad del estadio del espejo permite situar la incapacidad de lo imaginario para metabolizar o contener lo real del goce. Si el estadio del espejo es inoperativo en la esquizofrenia, se produce una imposibilidad para abrochar lo imaginario con lo real. Esto es mostrado en primer plano por el lenguaje de órgano, donde se observa un cuerpo fragmentado autónomo que no es posible localizar en una imagen del cuerpo unificada o global.

Sin embargo, en la posición paranoica el estadio del espejo es operativo, por lo que el sujeto paranoico mantiene la imagen del cuerpo. Es decir, en la paranoia sí se produce un abrochamiento entre lo imaginario y lo real. La imagen del cuerpo en la paranoia se conserva y la fragmentación corporal queda velada a través de la imagen del otro.

El presidente Schreber muestra muy bien tanto la inoperatividad como la operatividad del estadio del espejo. En un primer momento tras su desencadenamiento psicótico la fragmentación corporal coloniza su subjetividad y la imagen del cuerpo se muestra inoperante para anudar imaginario y real; es la posición esquizofrénica inaugural. Posteriormente, a través de su trabajo delirante, la imagen del cuerpo se torna operativa y la fragmentación corporal queda velada y contenida, lo imaginario ha podido abrochar lo real a través de lo simbólico; es la posición paranoica que el presidente del Superior Tribunal mantendrá hasta su salida del establecimiento asilar.

La posición esquizofrénica y la paranoica se pueden diferenciar entonces a través de la inoperatividad u operatividad del estadio del espejo. Esto conlleva dos diferencias estructurales fundamentales. Por un lado, en la esquizofrenia va a haber un límite al investimento del yo, mientras que en la paranoia la imagen del otro funcionará como síntesis unificadora del cuerpo². Por otro lado, la alteridad fundamental para el sujeto va a ser distinta

¹ Palomera, V. (2014). *Pioneros de la psicosis*, p. 203-204: “En el fondo, la estructura del estadio del espejo nos permite “oponer” de manera muy simple paranoia y esquizofrenia. Es preciso dar cuenta de lo que en la paranoia y en la esquizofrenia no se distingue según la referencia a la oposición entre dos polos. Uno se ve obligado a plantear la posibilidad de que el yo se separe del cuerpo, que cese de ser el envoltorio, el reflejo del cuerpo”.

² *Ídem*, p. 203.

en la paranoia y en la esquizofrenia: mientras que para la primera el Otro va a estar designado y subjetivizado, para la segunda el Otro será el cuerpo³. Estas dos diferencias estructurales permiten encuadrar la sentencia lacaniana que marca el diagnóstico diferencial entre esquizofrenia y paranoia⁴.

En efecto, si el estadio del espejo resulta inoperante en la esquizofrenia, entonces el sujeto está condenado a carecer de la envoltura imaginaria del yo que pone a distancia lo real del cuerpo fragmentado. Queda confrontado por tanto a un cuerpo que toma el lugar de alteridad fundamental, de Otro, contra el que sólo puede defenderse a través de los significantes literales que forman el lenguaje de órgano. De esta forma, como afirma Lacan, para el esquizofrénico todo lo simbólico acaba siendo real.

Del lado de la paranoia, el estadio del espejo opera, lo que permite al sujeto conservar la imagen del cuerpo a través del otro y, a la vez, le permite subjetivar al Otro, designarlo. En este sentido, como afirma Lacan, en la paranoia las estructuras imaginarias prevalecen.

Joël Dor traza la diferenciación entre paranoia y esquizofrenia apelando no sólo al estadio del espejo, sino también al *Esquema L*. Lo cual, además de remarcar la operatividad o inoperatividad del estadio del espejo, permite hacer hincapié en la relación simbólica o en la imaginaria. Debido a ello Dor puede afirmar que el paranoico se esfuerza por *simbolizar lo imaginario* mientras que el esquizofrénico procura *imaginarizar lo simbólico*⁵.

El límite que instaura el estadio del espejo también permite situar otra característica estructural que diferencia a la paranoia y a la esquizofrenia. Si el estadio del espejo no opera, el momento lógico que cimenta la clínica de la esquizofrenia se sitúa en el estado de goce de la lengua, lo que con Freud se nombraba como fase de autoerotismo. Por el contrario, si el estadio del espejo opera, el momento lógico que sostiene la clínica de la paranoia es el filo mortal de ese mismo estadio, como afirma Lacan, lo cual quiere decir que lo que Freud llamaba “narcisismo secundario” está presente en el sujeto paranoico.

³ *Ibidem*.

⁴ Lacan, J. (2013). “Respuesta al comentario de Jean Hyppolite sobre la *Verneinung* de Freud”, en *Escritos 1*, p. 373: “En el orden simbólico, los vacíos son tan significantes como los llenos; parece efectivamente, escuchando a Freud hoy, que es la hiancia de un vacío la que constituye el primer paso de todo su movimiento dialéctico. Es ciertamente lo que explica, al parecer, la insistencia que pone el esquizofrénico en reiterar ese paso. En vano, puesto que para él todo lo simbólico es real.

Bien diferente en eso del paranoico del que hemos mostrado en nuestra tesis las estructuras imaginarias prevalentes, es decir, la retroacción en un tiempo cíclico que hace tan difícil la anamnesia de sus perturbaciones, de fenómenos elementales que son solamente presignificantes y que no logran sino después de una organización discursiva larga y penosa establecer, constituir, ese universo siempre parcial que llaman un delirio”.

⁵ Dor, J. (2009). *Introducción a la lectura de Lacan II*, p. 33. Las cursivas son del propio autor.

La otra noción fundamental en el nivel estructural que diferencia la posición esquizofrénica de la posición paranoica se localiza en el destino de la pérdida del intervalo que separa el par significativo mínimo S_1 - S_2 .

En el *Seminario 11*, mientras desarrolla las operaciones de alienación y separación constitutivas del sujeto, Lacan va a poner en serie diferentes entidades clínicas que tienen en común la desaparición del intervalo que separa S_1 de S_2 . Estas entidades clínicas son la debilidad mental, la psicosis y el fenómeno psicossomático⁶. Por tanto, Lacan va a relacionar la “dimensión psicótica” con la desaparición del intervalo entre S_1 y S_2 ⁷.

El intervalo entre S_1 y S_2 da cuenta de la división subjetiva entre el significativo amo (S_1) al que el sujeto está alienado y que lo representa frente a otros significantes (S_2). Por tanto, la presencia de dicho intervalo es crucial para mantener la estructura de la cadena significativa del sujeto. Lacan postula que en la psicosis la estructura de la cadena significativa se deshace precisamente porque el intervalo entre S_1 y S_2 desaparece. La desaparición de este intervalo encuentra distintos destinos si el sujeto está en una posición esquizofrénica o en una posición paranoica.

Para poder acercarnos un poco más en profundidad a esta cuestión, vale la pena explicitar la hipótesis que Juan David Nasio establece respecto a la forclusión y la relación que esta guarda con el intervalo entre S_1 y S_2 .

Nasio se remite a la lógica causal de la articulación de la cadena significativa S_1 - S_2 . Dicha lógica implica que haya un lugar fuera de la cadena (S_1) donde se situará un significativo cualquiera que impulsará el resto de los significantes (S_2) produciendo el sentido. En términos de lógica de conjuntos, S_1 ex-siste para que S_2 consista⁸. Por tanto, S_1 representa el lugar del sucesor que mueve a los demás significantes encadenados. Es decir, la estructura de la cadena significativa exige un lugar de rechazo obligatorio para que la cadena se desplace⁹.

Según esta lógica, la forclusión entonces no es el rechazo de un elemento privilegiado y sustancial llamado significativo del Nombre del Padre - en este sentido las elaboraciones de Nasio van en sintonía con las aportaciones de Maleval que hemos explicitado en nuestra introducción -, ya que la propia estructura de la cadena significativa implica que un significativo ya esté excluido (S_1).

⁶ Lacan, J. (2013). *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, p. 245-246.

⁷ Maleval, J.-C. (2009). *La forclusión del Nombre del Padre*, p. 102.

⁸ Nasio, J. D. (2006). *Los ojos de Laura*, p. 93.

⁹ *Ibidem*: “ S_1 es tanto elemento como puesto: elemento excluido que haciendo entorno a los otros causa su consistencia y lugar siempre inocupado del sucesor que garantiza el movimiento del conjunto. Un elemento se agrega en el extremo de la serie, ocupa el puesto de sucesor y enseguida otro sucesor es esperado. La inscripción de un elemento en el borde del conjunto y el desplazamiento incesante hacia el exterior del rango del sucesor son la condición mínima para que la cadena de los significantes se mueva y no se desbarate”

La forclusión no es un rechazo, sino la abolición de un rechazo que habría debido de producirse. El elemento simbólico que habría debido llegar al puesto exterior del sucesor y de la ex-sistencia no ha llegado ahí¹⁰. Por eso la forclusión no es un rechazo, sino la detención de un movimiento, la interrupción de un proceso.

Debido a esta lógica Nasio se ve llevado a pensar el significante del Nombre del Padre no como un significante privilegiado y acotado, no como un ser, sino como una función, y la forclusión como la suspensión de esa función¹¹.

La función “significante del Nombre del Padre” entonces engloba dos aspectos para Nasio: 1) el movimiento de sustitución que Lacan denomina metáfora paterna y que Nasio equipara al movimiento centrífugo de la cadena significativa¹²; 2) el puesto de sucesor en el que aparecerá “no importa qué significante”¹³ producto de la sustitución. Ese “no importa qué significante” es el calificado como significante del Nombre del Padre, lo que implica que no es un significante privilegiado y único, sino que puede ser cualquiera¹⁴.

Esta idea está en consonancia con los últimos desarrollos de la teoría lacaniana donde se pluralizan los nombres del padre. Por tanto, hay que distinguir el puesto (lugar) único del Nombre del Padre de los significantes diversos y cualesquiera que pueden ocuparlo¹⁵.

En consecuencia, la forclusión del significante del Nombre del Padre no entraña que un significante presunto haya sido rechazado, sino que no habiendo pasado un significante cualquiera a ocupar en el momento preciso el rango del sucesor, la realidad se organiza siguiendo una lógica diferente¹⁶. Ese momento preciso es el momento del llamado. El Otro llama a un significante a comparecer, pero él no acude debido a que el proceso resulta abolido¹⁷.

La abolición del movimiento que colocaría un significante en el lugar de S_1 provoca la suspensión del desplazamiento y la condensación entre los significantes¹⁸. Es decir, se borra la diferencia entre el conjunto y su límite (entre S_1 y S_2)¹⁹. Todo el encadenamiento significativo se deshace produciéndose una solidificación de los elementos significantes²⁰.

¹⁰ *Ídem*, p. 97.

¹¹ *Ídem*, p. 101.

¹² *Ídem*, p. 99.

¹³ *Ídem*, p. 99-100.

¹⁴ *Ídem*, p. 100.

¹⁵ *Ibidem*.

¹⁶ *Ibidem*.

¹⁷ *Ídem*, p. 101: “Lo forcluido es el movimiento y no el elemento, es la función y no el ser”.

¹⁸ *Ídem*, p. 103.

¹⁹ *Ibidem*.

²⁰ *Ídem*, p. 104: “los significantes se ven obligados a condensarse sin discriminación en una masa singular. Como el patinador que, girando más y más rápido sobre sí mismo, acelera su movimiento. Los contornos se difuminan y la silueta se contrae en un cuerpo difuso”.

Debido al proceso de forclusión los significantes pierden sus diferencias y, por tanto, se pierden como significantes. Esta pérdida de diferencia entre los significantes sigue dos formas: o bien domina la forma de S_1 donde los significantes de la cadena se solidifican en una unidad de masa única (secuencia de masificación), o bien domina la forma de S_2 donde los significantes estallan en tantos fragmentos como elementos tiene S_2 (secuencia de fragmentación)²¹.

Nasio, por tanto, desarrolla la lógica que permite entender la forclusión del significante del Nombre del Padre como la suspensión de una función que congela la cadena significativa. La función que queda suspendida afecta al intervalo entre S_1 y S_2 ; se produce así un desbaratamiento de la cadena significativa y un congelamiento de la misma, puesto que el movimiento que va colocando los significantes en S_1 y va permitiendo el desplazamiento de la cadena significativa a lo largo de los diversos S_2 se rompe.

La ruptura de este movimiento puede dar lugar a dos destinos. La solidificación del par S_1 - S_2 en una masificación absoluta es justo lo propio de la posición paranoica. Esta solidificación convierte a los S_2 del mundo en un mismo S_1 al que remiten una y otra vez. Todo hace signo, todo tiene un sentido. Es a esto a lo que se refiere Dor cuando afirma que el paranoico se esfuerza por simbolizar lo imaginario²².

El otro destino es el propio de la posición esquizofrénica. La ruptura del intervalo entre S_1 y S_2 se salda con la fragmentación absoluta de S_1 en incontables S_2 . No hay nada que detenga la pluralización de los significantes ni, por tanto, existe nada que pueda reconducirlos a la dimensión del sentido. Es la otra cara de la afirmación de Dor, según la cual el esquizofrénico procura imaginarizar lo simbólico²³.

Estas diferencias estructurales entre la posición paranoica y la esquizofrénica van a incidir sobre el campo del goce y el del lenguaje. Estos campos son los que el clínico va a observar en la amplia gama de fenómenos que despliega el sujeto paranoico o el esquizofrénico.

²¹ *Ibidem*.

²² Dor, J. (2009). *Introducción a la lectura de Lacan II*, p. 33.

²³ *Ibidem*.

7. 1. 2: Diferencias en el campo del lenguaje y en el campo del goce

Si nos posicionamos en el campo del lenguaje, las dificultades que presentan la paranoia y la esquizofrenia son bien diferentes. En la paranoia se observan trastornos en el ámbito de la significación y en la economía del discurso, mientras que en la esquizofrenia los trastornos en la economía del discurso son mucho más graves²⁴.

En la paranoia, además del trastorno de la significación, se presentan trastornos en la economía del discurso en dos niveles: la alteración de la relación intersubjetiva y la aparición de fenómenos específicos (intuición delirante, alucinación auditiva y automatismo mental)²⁵.

La intuición delirante ejemplifica el trastorno de la significación en la paranoia provocado por el encuentro con un significante en la realidad. El sujeto tiene la certeza de que eso le concierne, incluso si al principio se presenta como enigmático y sólo secundariamente elabora dicha significación enigmática²⁶. La intuición delirante es un mensaje significado al sujeto pero imposible de integrar en su historia, característica que la distingue de la intuición común²⁷.

Ya hemos comentado en nuestros resultados que el delirio en la paranoia viene al lugar del proceso de metaforización paterna que fracasó. Este fracaso en la metaforización es lo que convierte el encuentro con un determinado significante en la realidad en una intuición delirante, ya que dicho significante es completamente extranjero a la cadena simbólica²⁸.

Por tanto, podemos tildar a la paranoia de un fracaso en el mecanismo metafórico como proceso de subjetivación, lo que permite distinguir la intuición delirante de la intuición, el neologismo delirante de la agudeza neológica y las “voces” de los psicóticos de la “voz de la conciencia”²⁹.

La paranoia entonces se puede caracterizar como el surgimiento en la palabra (palabras impuestas), en el lugar del otro (alucinaciones auditivas) y en la realidad (intuiciones delirantes) de pensamientos que no pueden ser subjetivados por medio de la metáfora pero que se degradan en signos³⁰.

²⁴ Palomera, V. (2014). *Pioneros de la psicosis*, p. 80-81.

²⁵ *Ídem*, p. 80.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ *Ibidem*.

²⁹ *Ibidem*.

³⁰ *Ibidem*.

En la esquizofrenia los trastornos de la economía del discurso son mucho más graves y pueden llegar a la incoherencia verbal³¹. Esto es debido a que en la esquizofrenia no sólo existe fracaso del mecanismo metafórico, sino que también aparecen trastornos de la sintaxis, que son trastornos de la dimensión metonímica del discurso³². La dimensión metonímica del discurso es fundamental, ya que no hay metáfora que no se sostenga por la articulación posicional³³.

Lo que sostiene la estructura sintáctica y mantiene unida la organización diacrónica de la que depende de la estabilidad de las significaciones es la puesta en marcha de un sistema de nominación y, en particular, la puesta en juego del pronombre personal “yo”³⁴. Dicha puesta en juego del “yo” es un momento fundamental de la simbolización y es lo que Lacan intentó describir como el estadio del espejo³⁵.

Con estas ideas podemos comprender aún más en profundidad la diferencia que establece la operatividad o inoperatividad del estadio del espejo en la paranoia y en la esquizofrenia y los lazos que mantiene con los trastornos del lenguaje.

Si el estadio del espejo opera en la paranoia, la simbolización fundamental del pronombre personal “yo” ha tenido lugar, por tanto, la organización diacrónica que sustenta la estabilidad de las significaciones puede sostenerse. Esto implica que los trastornos de la significación y de la economía del discurso van a situarse sólo del lado del fracaso del mecanismo metafórico, el cual puede ser compensado a través de la metáfora delirante.

Sin embargo, en la esquizofrenia la simbolización del “yo” no ha acontecido de buena manera puesto que el estadio del espejo se torna inoperativo. De ahí que los trastornos del lenguaje en la posición esquizofrénica abarquen no sólo los relacionados con el mecanismo metafórico, sino también los relacionados con la dimensión metonímica del discurso. La organización diacrónica de los significantes queda desbaratada y no se puede mantener una estabilidad en las significaciones. En el extremo nos encontramos con la más absoluta incoherencia verbal.

Respecto al campo del goce, las diferencias estructurales producen fenómenos clínicos diferentes en la paranoia y en la esquizofrenia. En ambas posiciones falla la barrera que protegería al sujeto del goce del Otro.

³¹ *Ídem*, p. 81.

³² *Ibidem*.

³³ *Ibidem*.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ *Ibidem*.

No obstante, en la paranoia el Otro está subjetivado y por ello el goce se puede localizar en él en forma de un perseguidor malvado si nos situamos en el polo persecutorio de la paranoia, o bien el goce se localiza en el Otro con la forma del amor y la idealización características del polo erotomaniaco. Por el contrario, en la esquizofrenia el Otro no está designado y es el cuerpo el que funciona como tal, ahí es donde habita el goce propio de la esquizofrenia: el objeto *a* permanece aislado debido a la carencia de la envoltura del yo, por lo que el cuerpo fragmentado se convierte en la sede de maniobras del pequeño *a* elevado a la potencia del gran Otro³⁶.

Para la captación de los fenómenos diferenciales a nivel del goce entre esquizofrenia y paranoia consideramos esencial acercarnos a ellos desde la perspectiva que dan las distintas tentativas de curación, puesto que dichas tentativas, al estar encaminadas a la localización del goce, ilustran las características que este adquiere en las dos posiciones clínicas.

En la esquizofrenia el goce de la lengua se muestra desencadenado, los órganos corporales resultan atormentados y el sujeto apenas consigue tratar ese goce con lo imaginario para extraer de él algún placer³⁷. Lo cual implica que el sujeto esquizofrénico está atrapado, sin la ayuda de ningún discurso establecido, en un cuerpo en el que la función de cada uno de sus órganos le plantea problemas³⁸.

Esta cuestión es la que hemos tratado con gran extensión en los resultados de esta investigación. El problema fundamental de la esquizofrenia en relación al goce radica en su deslocalización absoluta, quedando el sujeto aniquilado en el estado de goce de la lengua, donde la subjetividad se borra en sensaciones cenestésicas difusas.

Con el fin de poder establecer una mínima barrera ante este goce invasivo, el sujeto esquizofrénico puede usar los significantes en los que su cuerpo se fragmenta y tomarlos en la pura literalidad para elaborar con ellos un objeto *a* que localice, aunque sea de forma muy frágil y evanescente, el goce de la lengua que le coloniza.

En otras ocasiones, sin embargo, el sujeto ni siquiera tiene acceso a esta tentativa precaria de curación y encuentra una salida que radicaliza aún más la sentencia lacaniana según la cual en la esquizofrenia todo lo simbólico es real: son los momentos de pasaje al acto.

Los pasajes al acto en la esquizofrenia tratan de hacer llegar la castración simbólica por medio de sustracciones reales del objeto, las cuales se buscan por la mutilación de sí

³⁶ *Ídem*, p. 204.

³⁷ Maleval, J-C. (2009). *La forclusión del Nombre del Padre*, p. 136.

³⁸ *Ídem*, p. 103.

mismo, por el suicidio o por el atentado contra el otro especular³⁹. Es en este sentido que comentamos que la afirmación de que en la esquizofrenia todo lo simbólico se vuelve real se radicaliza, puesto que el sujeto esquizofrénico trata de realizar una producción simbólica exclusivamente desde lo puro real.

El sujeto toma el camino del pasaje al acto precisamente por la cualidad invasiva del goce de la lengua al que se encuentra sometido. La tentativa de curación a través del asesinato o la mutilación tiene como objetivo producir una sustracción que liberaría al sujeto del goce deletéreo que le abruma⁴⁰.

Por el contrario, la tentativa de curación paranoica consiste en la elaboración de una metáfora delirante. El delirio remedia de una forma mucho más estable y duradera el goce invasivo que se ha deslocalizado debido al desencadenamiento psicótico, ya que produce una localización del objeto *a* en un Otro subjetivado, logrando con ello mantener el goce desbordante dentro de las redes del lenguaje⁴¹.

La localización del goce en el significante que posibilita el trabajo delirante remedia la carencia fálica a través de la construcción de una realidad nueva, puesto que el delirio viene al lugar de la significación fálica que no se produjo debido a la ausencia de la metáfora paterna. En este sentido el delirio puede entenderse como una suplencia del Nombre del Padre que falla y, al igual que el *sinthome*, opera a partir de la letra para conseguir fijar el goce⁴².

Es decir, que el delirio, a través de la neorrealidad que crea, permite al sujeto paranoico reconducir el goce deslocalizado hacia el universo significativo, lo cual dota a este goce de una localización concreta mucho menos invasiva que en el caso del esquizofrénico. La referencia a su carácter de suplencia implica tanto la estructura en juego, ya que opera a través de la letra al igual que el *sinthome* y por tanto fija un goce deslocalizado, como el carácter de estabilidad que posee el delirio del sujeto paranoico en relación a otras tentativas de curación - que resultan mucho más frágiles y evanescentes - propias de otras posiciones psicóticas, por ejemplo, la esquizofrenia.

³⁹ Maleval, J.-C. (1998). *Lógica del delirio*, p. 81.

⁴⁰ *Ibidem*.

⁴¹ Maleval, J.-C. (2009). *La forclusión del Nombre del Padre*, p. 102.

⁴² *Ídem*, p. 137.

Una última consideración del goce en la posición paranoica tiene que ver con la relación que mantiene con el saber⁴³. En efecto, el sujeto paranoico, al situar el goce en el lugar del Otro, identifica su goce con el saber⁴⁴.

Al poder subjetivar al Otro, el sujeto paranoico deposita su goce en él, lo cual convierte al Otro en un perseguidor que sabe lo más íntimo del sujeto, que lee sus pensamientos y conoce sus intenciones. Lo que salva al sujeto de la deslocalización del goce se convierte a su vez en lo que lo persigue, puesto que es el propio goce del sujeto lo que el Otro siempre guarda, es el saber íntimo en torno al goce del sujeto en lo que el Otro se convierte para el sujeto paranoico.

⁴³ Miller, J-A. (2010). “Enseñanzas de la presentación de enfermos”, en *Matemas I*, p. 167: “El saber, el paranoico no conoce más que eso. Su relación con el saber hace su síntoma. ¿Qué lo persigue, sino un saber que se pasea por el mundo, sino un saber que se hace mundo? El sujeto, por lo general, tiene la certeza del momento en que se inclinó del otro lado, del momento de desencadenamiento de la psicosis”.

⁴⁴ Miller, J-A. (2010). “¿Producir el sujeto?”, en *Matemas I*, p. 179.

7. 2. El síntoma corporal en la esquizofrenia frente al síntoma corporal en la histeria y la hipocondría

Las diferencias entre el síntoma corporal de la esquizofrenia y el síntoma corporal de la histeria o la hipocondría no radican tanto en la fenomenología sino en que pertenece a estructuras completamente diferentes.

Es decir, los síntomas corporales son transclínicos, por lo que para poder realizar un adecuado diagnóstico diferencial es imprescindible remitirse a la estructura subjetiva de la persona que los padece.

En este sentido, un mismo síntoma corporal puede aparecer en una estructura psicótica de posición esquizofrénica o en una estructura neurótica. Para orientarse en el tratamiento hay que establecer un buen diagnóstico diferencial, ya que el síntoma no tiene las mismas características ni cumple la misma función en una estructura neurótica que en una estructura psicótica.

Para ello no queda más remedio que tener muy claras las claves que distinguen una estructura de otra, y estas mismas claves serán las que le permitan al clínico diferenciar frente a qué tipo de síntomas, frente a qué tipo de estructura, frente a qué tipo de sujeto se encuentra en cada momento.

En este apartado plantearemos las características diferenciales de la estructura neurótica, en particular en la posición histérica, frente a la estructura psicótica de posición esquizofrénica, sobre todo en lo referido al cuerpo.

A estas características diferenciales hay que añadirles el nuevo panorama actual, donde lo simbólico está en declive provocando un ascenso al cénit del objeto *a* y un predominio de lo imaginario. Este contexto está produciendo nuevas formas de presentación del síntoma que tornan más difícil establecer los límites entre distintas estructuras en relación al síntoma corporal.

Por ello, tras establecer las diferencias estructurales fundamentales entre histeria y esquizofrenia, utilizaremos como orientación ejemplar dos de las nuevas formas de presentación del síntoma - fibromialgia y anorexia -, junto a la hipocondría, para ilustrar las diferencias entre estructuras que se pueden establecer en este nuevo contexto respecto al síntoma corporal.

7. 2. 1: Los desarrollos de Sigmund Freud y Jaques Lacan respecto al síntoma corporal en la histeria y en la esquizofrenia.

7. 2. 1. 1: Aportaciones de Sigmund Freud

Una primera referencia esencial para diferenciar el síntoma corporal en la histeria y en la esquizofrenia radica ya en los primeros aportes de Freud respecto a la etiología de la histeria.

Freud teoriza que en la histeria se produce el mecanismo de conversión. Este mecanismo se pone en juego cuando, ante una representación inconciliable, el yo separa esta representación del afecto que la acompaña, ligando dicho afecto al cuerpo¹. De esta forma, los dolores psíquicos o emocionales se evitan, pero sobreviene un síntoma corporal².

Es lo que ilustra por ejemplo el caso de Elizabeth R. analizado por Freud, que acude a consulta aquejada de graves dolores en las piernas que casi le impedían caminar. El padre del psicoanálisis detectó en el discurso de la paciente dos expresiones puestas en relación con la muerte de su padre: su sentimiento de “desvalimiento” y la sensación de “no poder dar un paso en la vida”. Freud interpretó la parálisis de la paciente como la forma en que estas palabras cristalizaron en su cuerpo³.

El mecanismo de conversión muestra al síntoma corporal como un símbolo que queda estampado en la piel. Ciertos significantes se inscriben en el cuerpo para poder expresar lo que por la vía verbal no puede ser dicho⁴.

En esta lógica, el síntoma corporal en la histeria puede ser considerado como una satisfacción sustitutiva de una pulsión reprimida. Por tanto, se lo puede entender como algo descifrable, que tiene un sentido y que viene al lugar de aquello que está reprimido⁵. Para Freud lo que está reprimido es una satisfacción sexual que puede perturbar las diferentes funciones del cuerpo⁶. Lo que enseña la conversión histérica entonces es que un síntoma corporal se inscribe en el cuerpo y puede ser descifrado acudiendo al saber inconsciente⁷.

¹ Freud, S. (2010). *Las neuropsicosis de defensa*, en *Obras completas*, T. III, p. 47-52.

² Castellanos, S. (2009). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*, p. 45.

³ Castrillo, D. (2011). “El estatuto del cuerpo en psicoanálisis: del organismo viviente al cuerpo gozante”, p. 34. En *Revista Freudiana*, núm. 63 (septiembre-diciembre).

⁴ *Ibidem*.

⁵ Castellanos, S. (2009). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*, p. 46.

⁶ *Ibidem*.

⁷ *Ídem*, p. 59-60: “Lacan dice que “el analista interpreta el símbolo y he aquí que el síntoma que lo inscribe en letras de sufrimiento en la carne del sujeto se borra””.

Esta primera característica del síntoma corporal en la histeria es crucial para diferenciarlo del que acontece en la esquizofrenia, puesto que en la esquizofrenia el síntoma corporal no remite a ningún sentido ni a ningún significado, es decir, el síntoma corporal en la esquizofrenia no es un símbolo que se inscribe en la piel, no puede ser descifrado.

El propio Freud establece sutilmente esta distinción cuando apela a lo que haría una paciente histérica con los síntomas que Emma A. vivencia⁸, ya que distingue no sólo la forma que habrían adoptado los síntomas, sino que diferencia muy precisamente que en la histeria la causa que produce la sensación de tener los ojos torcidos y la sacudida en la iglesia (atribución específica al amado) no habrían podido comunicarse verbalmente, puesto que justamente el síntoma corporal sería la expresión simbolizada de dicho conflicto, mientras que en Emma A. no hay elaboración simbólica del mismo, se expresa tal cual poniendo el inconsciente a cielo abierto.

Esta primera aproximación nos da un punto en común entre la esquizofrenia y la histeria y también una diferencia. Ambas afecciones testimonian de una no identidad del cuerpo con el organismo, ya que en ambas las perturbaciones corporales no tienen un correlato anatómico, es decir, los síntomas corporales no se corresponden con las alteraciones orgánicas que el discurso médico postularía para dichos síntomas.

Sin embargo, la diferencia entre ambas estructuras subjetivas se presenta en la cualidad del síntoma. Mientras que en la histeria el síntoma corporal responde a un cifrado que funciona como formación sustitutiva de lo reprimido y, por tanto, adquiere el carácter de un símbolo grabado en el cuerpo, en la esquizofrenia el síntoma corporal queda pegado a la pura literalidad del significante en lo que Freud bautizó como lenguaje de órgano, un significante congelado que no tiene una propiedad metafórica o de ciframiento de un malestar reprimido.

Para comprender más en profundidad a qué obedece esta diferencia debemos sumergirnos en las elaboraciones que Jacques Lacan realizó en torno a la estructura neurótica y, particularmente, en relación a la histeria.

⁸ Freud, S. (2008). *Lo inconciente*, en *Obras completas*, T. XIV, p. 195: “Por lo demás, una histérica en el primer caso [sensación de tener los ojos torcidos] habría torcido convulsivamente los ojos, y en el segundo [experimentar una sacudida corporal] habría ejecutado en la realidad el sacudón en lugar de sentir el impulso a hacerlo o de tener la sensación de él, y en ninguno de los dos casos habría poseído un pensamiento conciente sobre eso ni habría sido capaz de exteriorizarlo con posterioridad”.

7. 2. 1. 2: Aportaciones de Jacques Lacan

El paso fundamental de Lacan va a ser, en un primer tiempo, considerar la estructura neurótica como el equivalente a una pregunta⁹. Una pregunta que va a ser diferente según la posición que se adopte, puesto que la pregunta de la histérica concierne al sexo y la pregunta del obsesivo concierne a la existencia¹⁰.

La neurosis adopta la estructura de una pregunta precisamente porque se teje en torno a significantes que carecen de representación en el psiquismo humano: el significante de la feminidad y el significante de la muerte. Por tanto, la pregunta neurótica es un intento de responder a esos significantes¹¹ (histeria-feminidad, obsesión-muerte), justamente porque el sujeto neurótico, al encarnar esa pregunta, articula a la vez una respuesta¹².

La articulación de dicha respuesta viene dada por la existencia del fantasma. El fantasma es la traducción de la significación que el falo ha aportado respecto al enigma del deseo del Otro, es decir, es la respuesta que el sujeto se da respecto a lo que el Otro quiere de él. En consecuencia, el fantasma orienta el deseo y, además, exige un pasaje obligado por el campo del Otro.

En este sentido, en la estructura neurótica ha acontecido la metáfora paterna, la cual ha otorgado el falo como significado al sujeto para responder al enigma del deseo de la madre. La subjetivación del falo y su significación quedan cristalizadas en el fantasma, el cual orbita necesariamente en torno al deseo, ya que el fantasma se construye para darle una respuesta.

Pero además el fantasma tiene una vertiente de goce, ya que la subjetivación del falo permite a la vez subjetivar el goce, es decir, atraparlo y localizarlo en las redes del significante. En otros términos, el significante del falo va a capturar todo lo que el goce implica de la vida, por ello el goce del cuerpo vivo se concentra en el fantasma¹³. Por tanto, lo que Lacan denomina fantasma es la forma en la que el sujeto establece su relación con el goce, pero moldeada por la estructura del lenguaje¹⁴.

El fantasma entonces por un lado regula y localiza el goce, permite que el sujeto mantenga una relación no invasiva con él y, a la vez, funciona como punto de mira para el deseo¹⁵. En el fantasma deseo y goce se encuentran articulados.

⁹ Thompson, S; Frydman, A; Lombardi, G. (2008). "Variables del diagnóstico psicoanalítico de neurosis en la histeria y la obsesión", p. 129, en *Anuario de Investigaciones*, vol. XV.

¹⁰ *Ídem*, p. 130.

¹¹ *Ibidem*.

¹² *Ibidem*.

¹³ Castellanos, S. (2009). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*, p. 60.

¹⁴ *Ibidem*.

¹⁵ *Ibidem*.

Con estas puntualizaciones podemos comprender que las diferentes posiciones en la neurosis van a depender de la relación que el sujeto mantenga con el deseo. Aunque dicha relación va a estar singularizada por la creación fantasmática del propio sujeto, Lacan establece que la posición histérica corresponde a una relación de insatisfacción perpetua con el deseo, mientras que la posición obsesiva se caracteriza por un deseo imposible¹⁶.

Sin embargo, el montaje fantasmático que el sujeto realiza para metabolizar el goce y relacionarse con el deseo nunca es perfecto. En tanto que las circunstancias vitales no provoquen un desbordamiento de lo real, el sujeto se dirige por la vida sin mayores complicaciones; pero en el momento en que alguna circunstancia exceda la capacidad del fantasma para elaborar un exceso de real, el sujeto presentará un síntoma.

El síntoma en la estructura neurótica se entiende entonces como una producción del sujeto cuando la pregunta sobre la que orbita su neurosis pierde su sostén fantasmático¹⁷, o, en otros términos, cuando lo imaginario y lo simbólico del fantasma dejan de poder contener lo real.

En este punto podemos establecer la diferencia esencial entre la histeria y la esquizofrenia en relación al síntoma corporal.

En la histeria ha existido la metáfora paterna que ha otorgado la significación fálica y ha establecido el montaje del fantasma para dar un sentido al deseo del Otro y para cifrar el goce en el significante. En la esquizofrenia, por el contrario, la ausencia de metáfora paterna ha elidido la aparición de la significación fálica, por lo que el deseo del Otro permanece siempre enigmático y la carencia del fantasma impide que el goce se localice en el significante. De esta forma podemos comenzar a comprender la diferencia que mencionábamos respecto a la conversión y al lenguaje de órgano.

Debido a que en la histeria aparece el fantasma como respuesta al deseo del Otro, el vínculo con el Otro es siempre existente. Además, debido a que la posición histérica cuenta con la significación fálica, el goce queda cifrado al significante, lo que le permite utilizar la metáfora como un mecanismo tanto de subjetivación como de expresión del sufrimiento. Es decir, la producción sintomática de la posición histérica puede adquirir el carácter de un mensaje dirigido al Otro, precisamente porque ese Otro está subjetivado y ligado al deseo, y porque la cadena significativa posee las condiciones necesarias de simbolización que posibilitan un intercambio en forma de lazo social con el Otro. De ahí que la conversión

¹⁶ Thompson, S; Frydman, A; Lombardi, G. (2008). "Variables del diagnóstico psicoanalítico de neurosis en la histeria y la obsesión", p. 133, en *Anuario de Investigaciones*, vol. XV.

¹⁷ *Ídem*, p. 129.

como mecanismo sintomático e inscrito en lo simbólico sea posible para la posición histérica: el síntoma encarnado en el cuerpo es un símbolo del sufrimiento psíquico.

Por el contrario, en la esquizofrenia, debido a la ausencia de metáfora paterna, el sujeto tiene rotos los mecanismos simbólicos básicos, tanto el metafórico como el metonímico. Por ello el síntoma corporal en la esquizofrenia no puede ser un símbolo que esté abierto a interpretación y que funcione como intercambio con el Otro. El goce no está cifrado en el significante a través del fantasma, puesto que la significación fálica que da respuesta al deseo del Otro queda elidida, de ahí que el síntoma corporal de la esquizofrenia se mantenga anclado en lo puro real, congelado y sin poder abrirse al intercambio dialéctico.

De esto se deduce que en la esquizofrenia el vínculo de lazo social con el Otro está ausente, es lo que Lacan caracterizó como un fuera de discurso para el sujeto esquizofrénico¹⁸. Si entendemos que el deseo y el discurso son defensas contra el goce que permiten cifrarlo en el significante, el sujeto esquizofrénico queda excluido del discurso, puesto que su goce no se modula por el deseo ni existe barrera discursiva, por lo que queda en directo contacto con él¹⁹.

Vamos a tratar ahora un poco más en profundidad las características propias de la posición histérica respecto a la feminidad, con el fin de confrontarlas con la posición esquizofrénica y afinar las diferencias entre los síntomas corporales que se presentan en ellas.

Es importante establecer que, aunque la histeria orbite en torno a la feminidad, histeria y feminidad no son lo mismo. A lo largo de su enseñanza Lacan insistió siempre en esta diferencia, hasta llegar a formalizarla en las fórmulas de la sexuación. En dichas fórmulas el psicoanalista francés distingue muy precisamente el goce femenino - haciéndolo equivaler al Otro goce -, que es cualitativamente diferente del goce cifrado en el fantasma.

Hemos comentado que la posición histérica se teje en torno a la pregunta por el sexo y, más concretamente, en torno a la feminidad. La respuesta que la histérica da al enigma de la feminidad se elabora a partir de la identificación viril. La histérica se identifica con un

¹⁸ Lacan, J. (2012). “El atolondradicho”, en *Otros escritos*, p. 498: “De ahí procede la exclusión de lo real... de ese real: que *no hay relación sexual*, y ello debido al hecho de que un animal con estíbitat que es el lenguaje, que elabrarlo es asimismo lo que para su cuerpo hace de órgano, órgano que, por así ex-sistirle, lo determina con su función, ello antes de que la encuentre. Por eso incluso es reducido a encontrar que su cuerpo no deja de tener otros órganos, y que la función de cada uno se le vuelve problema, con lo que el dicho esquizofrénico se especifica por quedar atrapado sin el auxilio de ningún discurso establecido”.

¹⁹ Recalcati, M. (2008). *Clínica del vacío*, p. 180-181: “Es precisamente el sujeto esquizofrénico [...] el que pone en evidencia ese quedarse fuera del discurso. En efecto, al ser el discurso una articulación entre el significante y el goce, resulta una defensa respecto al goce como tal. Estar dentro del discurso es estar separado del carácter meramente destructivo del goce.

El sujeto esquizofrénico es el único que se queda fuera del discurso porque él no puede utilizar ninguna defensa respecto al goce. El discurso es defensa del goce. El goce invade el cuerpo porque el sujeto no puede defenderse de lo real. El objeto se llena en lugar de vaciarse. Está siempre presente en lugar de estar perdido”.

hombre, al tiempo que cede la posición femenina a alguna otra mujer que encarna para ella el misterio de la feminidad²⁰.

En este sentido, la identificación viril y su correlato en la presencia de otra mujer es una respuesta mediada por el fantasma para responder al enigma del deseo del Otro. Para saber qué es lo que desea el Otro, la histérica mira al padre, cuyo objeto de deseo es una mujer. De esta forma la histérica se identifica al padre o, lo que es lo mismo, a una posición viril, haciendo oscilar la respuesta sobre la feminidad en otra mujer, puesto que una mujer es lo que desea un hombre.

No obstante, al ser una respuesta mediada por el fantasma, el deseo está en el epicentro de la estructura. La histérica se identifica con la falta, de ahí que Lacan destaque que lo característico de la posición histérica respecto al deseo sea un deseo insatisfecho; sin embargo, lo que la identificación viril y la presencia de otra mujer muestran es que la histérica se identifica con la falta tomada como objeto, no con la causa de la falta²¹.

En consecuencia, para mantener vivo el deseo, el sujeto histérico se escabulle como objeto del mismo²². De ahí que el instante en que el sujeto histérico es requerido en posición de objeto sea el momento propicio para la aparición del síntoma, puesto que el apoyo fantasmático se deshace: el desplazamiento del sujeto histérico conducente a producir la falta en el Otro se ve congelado al verse identificado con el objeto del goce y no con la falta del deseo²³. Por tanto, ante la ausencia de apoyo fantasmático, acude el síntoma para sostener al sujeto.

Una implicación fundamental de esta identificación histérica con la falta tomada como objeto y no como causa es la fragilidad de la identidad del sujeto histérico, los problemas en el campo de la imagen y en la relación con el propio cuerpo²⁴.

En efecto, si la gran plasticidad histérica, mostrada en la diversidad de sus manifestaciones, proviene de su tendencia a identificarse con los deseos y los síntomas ajenos

²⁰ Schejtman, F; Godoy C. (2008). "La histeria en el último periodo de la enseñanza de J. Lacan", p. 122, en *Anuario de Investigaciones*, vol. XV.

²¹ Lacan, J. (2012). "Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los *Escritos*", en *Otros escritos*, p. 583-584: "No hay sentido común del histérico, y aquello por lo que en ellos o en ellas juega la identificación es la estructura y no el sentido, tal como se lee bien por el hecho de que recae sobre el deseo, es decir, sobre la falta tomada como objeto, y no sobre la causa de la falta".

²² Thompson, S; Frydman, A; Lombardi, G. (2008). "Variables del diagnóstico psicoanalítico de neurosis en la histeria y la obsesión", p. 133, en *Anuario de Investigaciones*, vol. XV.

²³ *Ídem*, p. 133-134: "Otro nivel [...], claramente articulado a la histeria, es la producción de síntomas como respuesta directa a la captación del deseo propiamente sexual o del miembro viril en términos de Φ . [...] El instante en el que en la escena (amorosa o no) la histérica es requerida en posición de objeto. [...] La identificación con la falta en la histeria excluye identificarse con el objeto de goce".

²⁴ López, R. (2007). *La actualidad de la histeria*. Documento online en http://psicoanalisisymedicina.blogspot.com.es/2007/10/la-actualidad-de-la-histeria_16.html. Consultado el 1/02/2017.

(con el fin de situarse como causa del deseo del Otro), entonces la histeria plantea a la clínica todas las dudas diagnósticas, puesto que en ocasiones puede emparentarse con la vivencia esquizofrénica del cuerpo fragmentado²⁵. Que el sujeto histérico pueda confundirse con los síntomas de la esquizofrenia (entre muchos otros) tiene que ver con que su identidad no quedó bien constituida en la fase en que se estructura el yo²⁶.

Aquí tenemos otro punto en común entre la posición esquizofrénica y la posición histérica: la mala consecución del estadio del espejo. La diferencia, no obstante, radica en la estructura.

Efectivamente, la respuesta ante el enigma de la sexualidad en la histeria siempre está mediada por el deseo. Es decir, la posición histérica confunde el goce femenino - el Otro goce - con el goce fálico estructurado en el fantasma; cree que la feminidad puede ser captada a través del goce sometido al significante cuando precisamente la esencia de la feminidad es escapar al campo del lenguaje. Por ello, cuando el sujeto histérico hace síntoma, en general, no puede desprenderse del deseo ni del Otro simbólico. Esta subjetivación del Otro simbólico y su ligadura con el deseo explica muy precisamente ciertos cuadros depresivos en la histeria, pues cuando el sujeto histérico no encuentra su lugar en el Otro, puede producirse una caída identificatoria que resulta catastrófica para el sujeto²⁷.

De esta manera los síntomas corporales de la histeria están ligados siempre al campo fantasmático, al campo del deseo, al campo del goce fálico contenido por el significante. Esta es justo la diferencia con la esquizofrenia, donde el goce no está capturado por el significante. Para el sujeto esquizofrénico los síntomas corporales están ligados a Otro goce fuera del lenguaje, que es el goce que Lacan denominó femenino.

Es justo a esto a lo que se refiere Miller cuando afirma que la forclusión del Nombre del Padre tiene por efecto hacer existir *La Mujer*²⁸. En la esquizofrenia no hay metáfora paterna ni significación fálica, por lo que el sujeto se aboca a un contacto directo con lo real del goce sin mediación alguna del lenguaje; está pues invadido por la vivencia del Otro goce, el goce femenino, que pone el objeto *a* al descubierto²⁹. Nada de esto se encuentra en la

²⁵ *Ibidem*.

²⁶ *Ibidem*.

²⁷ Recalcati, M. (2008). *Clínica del vacío*, p. 41-42: "El registro fálico del afecto depresivo [...] indica una devaluación del sujeto respecto del Otro. La clínica de la histeria [...] pone de manifiesto su alcance: cuando la histérica no encuentra lugar en el Otro, cuando no logra que el Otro la eche de menos, puede experimentar profundas vivencias depresivas. Esta depreciación subjetiva puede, en ocasiones, conducir a la histérica hacia un auténtico desmoronamiento identificatorio. Es éste el registro decisivo en el que se juega, en general, la depresión neurótica: un desajuste de identidad [...] - suscitado por la pérdida de un objeto con funciones de soporte narcisista - que despoja al sujeto de su valor fálico".

²⁸ Miller, J.-A. (2010). "¿Des-sentido para las psicosis!", en *Matemas I*, p. 189.

²⁹ *Ibidem*: "He tenido que oponer la forclusión del significante del padre y la forclusión del significante de *La mujer*. Son antinómicas [...]. En el examen de la psicosis: *cherchez la femme*. Buscad la mujer en el sujeto. Es el

posición histérica y es el punto diferencial fundamental para poder distinguir si un síntoma corporal pertenece a una estructura psicótica de posición esquizofrénica o a una estructura neurótica de posición histérica.

Las mujeres se ven abocadas al arte de ser el falo que no se tiene, a encarnar la imagen del significante ausente, en un movimiento que no descubra la ausencia pero que a la vez la sugiera, ya que, si no se sugiere, la imagen no puede convocar el deseo³⁰. Esto coloca a las mujeres en el límite entre la falta y su máscara³¹.

La imagen, por tanto, es lo que se desea y ama de un cuerpo, puesto que la imagen, por sus orígenes mismos, es el soporte del deseo y lo que permite darle una sensación de unidad al cuerpo³². Si el cuerpo se experimenta como privado de la imagen, se convierte en radicalmente extraño, algo que el sujeto no siente como propio³³. De esto es de lo que testimonia la esquizofrenia.

La solución de la histeria, para evitar las vivencias del cuerpo real que se experimenta como extraño, es acentuar la imagen para defenderse de la vivencia de un cuerpo en el que no podría reconocerse y que es el lugar de lo siniestro, de algo presto a fragmentarse³⁴. He aquí otra diferencia crucial con la esquizofrenia, ya que el sujeto esquizofrénico no puede auxiliarse con lo imaginario.

La histérica se hace deseable para un hombre, pero este hombre que inicialmente la desea por su imagen global, sólo puede gozarla sexualmente a trozos, fragmentando la imagen que ella trata trabajosamente de sostener unida³⁵. Entonces, el goce del cuerpo es reemplazado por aquel que idealmente se mantiene sólo con la imago, que se requiere perfecta para el sosiego de la mirada del Otro. La belleza por tanto es la última tentativa de mantener una presencia que, a pesar de ser fálica, proteja del deseo³⁶.

Diferencia esencial entonces con la esquizofrenia, ya que en la histeria además del auxilio de lo imaginario, el deseo se presentifica para defender al sujeto histérico del Otro

estigma clínico más seguro de la forclusión del Nombre-del-Padre [...]. La fórmula famosa: “Lo que está forcluido de lo simbólico retorna en lo real”, se completa así: lo que está forcluido de lo simbólico *como Nombre-del-Padre* retorna en lo real *como goce del Otro* [...]. Normalmente, hay en la especie una forclusión del significante de *La Mujer*. La forclusión del Nombre-del-Padre tiene por efecto hacer existir *La Mujer*. Pone también al objeto *a* al descubierto”. Las cursivas son del propio autor.

³⁰ López, R. (2007). *La actualidad de la histeria*. Documento online en http://psicoanalisisymedicina.blogspot.com.es/2007/10/la-actualidad-de-la-histeria_16.html. Consultado el 1/02/2017.

³¹ *Ibidem*.

³² *Ibidem*.

³³ *Ibidem*.

³⁴ *Ibidem*.

³⁵ *Ibidem*.

³⁶ *Ibidem*.

goce, lo que provoca, por otro lado, que este tipo de sujeto sólo pueda dirigirse a la feminidad a través de la posición masculina de la sexuación, a través del fantasma y del falo.

7. 2. 2: Hipocondría y dos nuevas formas de presentación corporal sintomática: fibromialgia y anorexia.

Hemos establecido las claves que orientan el diagnóstico diferencial del síntoma corporal entre la histeria y la esquizofrenia desde lo que podríamos denominar las consideraciones clásicas, es decir, desde los desarrollos establecidos por Freud y por Lacan.

Sin embargo, como señalábamos al comienzo de este apartado, la actualidad contemporánea produce nuevas formas de presentación del síntoma que dificultan establecer los límites entre estructuras. La época actual se caracteriza por un declive de lo simbólico, un ascenso del objeto *a* y un predominio de lo imaginario como forma de contener el goce. En este sentido las nuevas formas de presentación del síntoma tienen en el corazón un goce deslocalizado que muchas veces dificulta la elaboración de un síntoma analítico, entendido este cuando el sujeto considera que el padecimiento que sufre le incumbe de alguna forma y, por tanto, le lleva a interrogarse por su responsabilidad en lo que le acontece.

Precisamente las nuevas formas de presentación del síntoma, por portar en su núcleo un goce deslocalizado, vuelven difícil el diagnóstico diferencial. El goce deslocalizado era lo que daba la clave clásicamente para distinguir entre neurosis y psicosis, entre esquizofrenia e histeria. Sin embargo, se constata que no todas las nuevas formas de presentación del síntoma que sostienen un goce deslocalizado pertenecen a estructuras psicóticas.

Entonces, ¿cómo diferenciar? La pista fundamental no va a consistir en diferenciar solamente entre esquizofrenia e histeria, sino en distinguir entre el goce deslocalizado como síntoma de una estructura neurótica en la época actual que rechaza el saber y difumina lo simbólico³⁷, y diferenciar el síntoma corporal como una función que impide la caída en la locura de una estructura psicótica, lo que actualmente se denominan psicosis ordinarias.

Es lo que vamos a tratar de establecer en este apartado a partir de dos afecciones que actualmente alcanzan la categoría de epidémicas: la fibromialgia y la anorexia. Posteriormente indagaremos sobre la hipocondría, pues muchas veces adquiere la misma función que la

³⁷ Bassols, M. (2004). *Novedades de la histeria*. Documento online en <http://psicoanalisislacanianoblogspot.com.es/2007/09/novedades-de-la-histeria-miquel-bassols.html>. Consultado el 2/02/2017: “La clínica actual del síntoma histérico pasa más del Otro para volver sobre la fuente o zona erógena, es un circuito más autoerótico, de acuerdo en la época en que el Otro no existe”.

anorexia y la fibromialgia en la psicosis, lo cual nos permitirá diferenciarla de la hipocondría neurótica.

7. 2. 2. 1: La fibromialgia en la neurosis y en la psicosis

La fibromialgia es considerada por la medicina como un síndrome crónico caracterizado por dolor generalizado en el cuerpo, no articular, de al menos tres meses de duración y en diferentes zonas corporales y raquis, sobre todo musculares, los llamados “puntos gatillo”. Su intensidad y localización varían de unos días a otros, y se asocia típicamente con fatiga persistente, rigidez matutina y trastorno del sueño³⁸. La fibromialgia fue reconocida por la OMS en 1992 y tipificada en la CIE-10 en 1994³⁹.

La fibromialgia para la medicina es la enfermedad de un dolor crónico que no presenta causa orgánica. Es decir, el padecimiento sintomático del sujeto orbita en torno a un dolor difuso crónico, repartido por ciertos puntos del cuerpo, para el que no hay un correlato orgánico.

En este sentido, desde la perspectiva del psicoanálisis, se puede considerar el dolor crónico como una manifestación de los lenguajes del cuerpo⁴⁰, por lo que el síntoma del dolor crónico puede tomar las características de un dicho, de un goce o de un soporte que funciona para mantener la articulación entre el aparato psíquico y el cuerpo⁴¹.

En la vertiente de la histeria nos podemos encontrar casos en los que el sujeto haga un uso del dolor crónico como un símbolo que exprese el malestar psíquico que no puede verbalizar. Estamos entonces en la vertiente clásica del mecanismo de conversión. En estos casos el sujeto enlaza el síntoma corporal con lo simbólico y construye un síntoma analítico. En otros casos dentro de la vertiente de la histeria nos encontramos, sin embargo, al dolor crónico como expresión del rechazo del cuerpo.

Hemos comentado que algo esencial en la histeria es escabullirse como objeto del deseo, lo que implica muchas veces la renuncia a cualquier situación que inmovilice al sujeto histérico en una posición de objeto de goce. El sujeto histérico rechaza por tanto cualquier vivencia de goce que remita a una posición de objeto, lo cual incluye las sensaciones de su propio cuerpo. Es por ello que el rechazo del cuerpo propio en la histeria suele ser tan habitual y, a veces, llega al extremo de que el cuerpo mismo se vuelve sintomáticamente en

³⁸ Castellanos, S. (2009). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*, p. 25.

³⁹ *Ídem*, p. 26.

⁴⁰ *Ídem*, p. 18.

⁴¹ *Ibidem*.

contra del sujeto histérico, como un fardo que tiene que soportar, como un “tener” del que no puede desembarazarse⁴².

En estos casos la fibromialgia y la fatiga que la acompaña son señales del cansancio de no hacer nada, por lo que cuanto menos hace el sujeto histérico, más se cansa, cuanto menos el cuerpo está movido por el deseo, más aparece la fatiga y el dolor. El cuerpo se revela como un lastre que se sostiene sin el deseo del Otro, pura sede del goce mortífero del Otro, un cuerpo aplastado por la mortificación⁴³.

Es aquí donde observamos una de las características de las nuevas formas de presentación del síntoma, en este caso asociada a la fibromialgia. El sujeto está estructurado en la neurosis, pero rechaza el deseo, como si no quisiera ser habitado por él. La consecuencia es que el goce queda libre y sin localización.

La función del deseo es una función significante que, entre otros aspectos, introduce en el cuerpo un ordenamiento y una localización libidinal. Este ordenamiento se puede desestructurar provocando desequilibrios libidinales que hacen que el cuerpo se experimente de forma extraña⁴⁴. Es justo lo que ocurre cuando la función del deseo se disuelve, que el goce queda a la deriva en el cuerpo experimentándose como dolor^{45,46}. De esto testimonian muchos de los sujetos actuales afectados por fibromialgia en una posición histérica; el rechazo del cuerpo en la histeria adquiere así una de sus modalidades, ya que lo rechazado es el cuerpo gozante desvinculado del deseo.

Lacan en el *Seminario 7: La ética del psicoanálisis*, plantea concebir el dolor como un campo que, en el orden de la existencia, se abre precisamente en el límite en que el ser no tiene posibilidad de moverse⁴⁷. El dolor es lo que el viviente evita a condición de poderse mover, lo cual no puede hacer cuando el dolor le viene del interior. Allí está petrificado.

Lacan indica entonces que el ser que no tiene la posibilidad de moverse está envuelto en la presencia de un dolor petrificado⁴⁸. Se trata aquí de comprender el dolor como un mecanismo que impide el vínculo con la vida, por lo que el sujeto queda petrificado y prisionero de un goce que lo mortifica⁴⁹.

⁴² Palomera, V. *Presentación*. En Castellanos, S. (2009). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*, p. 10.

⁴³ *Ibidem*.

⁴⁴ Castellanos, S. (2009). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*, p. 37.

⁴⁵ *Ibidem*.

⁴⁶ *Ídem*, p. 72: “El cuerpo como carne, sustancia gozante, se encuentra afectado por el lenguaje, está vaciado de libido. Si la libido no está localizada, se desplaza a la deriva”.

⁴⁷ Lacan, J. (2011). *Seminario 7: La ética del psicoanálisis*, p. 76.

⁴⁸ Castellanos, S. (2009). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*, p. 66.

⁴⁹ *Ibidem*.

En los relatos de muchas de las personas de estructura neurótica diagnosticadas de fibromialgia se aprecia que sus palabras no guardan ninguna relación anatómica, pero tampoco guardan ninguna relación con la subjetividad, es el goce del cuerpo por fuera de la articulación significativa, un goce deslocalizado que se manifiesta como dolor⁵⁰. En este aspecto el dolor se puede comprender como un acontecimiento del cuerpo “embrollado” en el que el goce está deslocalizado y se experimenta como dolor generalizado⁵¹.

Por tanto, el mecanismo fundamental que explica el padecimiento de la fibromialgia es la hipótesis de la libido a la deriva o del goce deslocalizado, lo que sitúa a estos sujetos en el límite de la estructura clínica⁵².

Es decir, si el dolor se entiende como un síntoma que no pide nada y, por consiguiente, como la manifestación de un goce deslocalizado, entonces el sujeto se sitúa siempre fuera de su implicación en el mismo, lo que traza una línea común con las coordenadas de la época actual que rechaza el saber y va a contramano de la vertiente simbólica del síntoma como mensaje⁵³. Aquí reside la dificultad para poder diferenciar el síntoma corporal como neurótico o psicótico.

Para poder arrojar un poco de luz en esta cuestión seguiremos a Santiago Castellanos, con el fin de poder establecer las diferencias entre neurosis y psicosis en relación al dolor crónico.

En la posición histérica imbricada con la época actual, los síntomas de dolor no portan una pregunta del sujeto dirigida al Otro ni un deseo insatisfecho por identificación a la falta. Son manifestaciones de un síntoma que muestra no la faz de un lazo amoroso con el significativo amo, sino lo que de odio resulta de ese amor fallido⁵⁴. Por ello los síntomas corporales en la histeria actual tienen que ver más con una clínica del dolor mortífero que con una clínica del dolor por pérdida del amor⁵⁵.

Esta cuestión está en primer plano en la fibromialgia histérica. Santiago Castellanos indica que la clínica femenina de esta afección en la posición histérica suele presentificar el estrago de pareja que la mujer experimenta en el cuerpo en forma de dolor⁵⁶. Esto es debido a que el modo de gozar de la mujer requiere que la pareja le hable y le ame, ya que la demanda de amor ocupa en la sexualidad femenina una función que tiende a infinitizarla⁵⁷. Es justo

⁵⁰ *Ídem*, p. 69.

⁵¹ *Ídem*, p. 72.

⁵² *Ibidem*.

⁵³ *Ídem*, p. 82-83.

⁵⁴ Palomera, V. *Presentación*. En Castellanos, S. (2009). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*, p. 10.

⁵⁵ *Ibidem*.

⁵⁶ Castellanos, S. (2009). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*, p. 65.

⁵⁷ *Ídem*, p. 64.

esta demanda de amor potencialmente infinita la que puede retornar bajo la forma del estrago que desestructura los equilibrios libidinales de la mujer⁵⁸. Así, el goce se deslocaliza como producto del amor fallido que sostendría al sujeto en las vías del deseo.

Por ello, si el sujeto puede conectar la dimensión del goce con el fracaso del amor en una elaboración a través de la palabra, de ello resultará un síntoma analítico que localizará el goce deslocalizado en la estructura neurótica. Se perfila entonces una diferencia fundamental con la estructura psicótica en las nuevas formas de presentación del síntoma: el goce deslocalizado puede volver a las redes del significante en una neurosis, lo que no será el caso de la psicosis.

Por otro lado, Vicente Palomera orienta el diagnóstico diferencial entre neurosis y psicosis en la fibromialgia a partir de la ausencia o la presencia del sentimiento de la vida en la juntura íntima del sujeto⁵⁹. Consideramos esta noción como central y de gran carga orientativa, puesto que la ausencia de sentimiento vital en lo más íntimo de la subjetividad que el dolor crónico puede dibujar, encamina a pensar en una elisión del falo y, por tanto, encamina a considerar que estamos frente a una estructura que tiene a la forclusión como mecanismo generador. Por otro lado, si algo del sentimiento vital se presentifica en el síntoma corporal, este puede conducirnos tras la pista de la neurosis.

De todas formas, la diferencia fundamental en la fibromialgia para las nuevas de formas de presentación del síntoma, con el fin de distinguir entre neurosis y psicosis, está orientada por la función o el uso.

Mientras que en la neurosis el dolor corporal puede funcionar como mecanismo conversivo o puede traducir el estrago del amor, en las psicosis no desencadenadas el dolor puede funcionar como un síntoma de anudamiento que opera para mantener los tres registros unidos⁶⁰ y evitar de esa forma un desencadenamiento psicótico.

Es un síntoma que no tiene las características de una suplencia significativa bien elaborada, por lo que el anudamiento que posibilita suele ser bastante precario y rudimentario; sin embargo, el dolor funciona como una prótesis corporal al modo de *sinthome* que sostiene al sujeto y evita su caída en la psicosis⁶¹.

Es por ejemplo lo que ilustra el caso de Gonzala reseñado por Santiago Castellanos⁶². Se trata de una mujer que acude por un dolor que se inicia en la rodilla y se extiende por su

⁵⁸ *Ídem*, p. 64-65.

⁵⁹ Palomera, V. *Presentación*. En Castellanos, S. (2009). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*, p. 12.

⁶⁰ Castellanos, S. (2009). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*, p. 107.

⁶¹ *Ibidem*.

⁶² *Ídem*, p. 104-107.

cuerpo, particularmente por la región mandibular, a lo largo de cinco años y que cristaliza en la certeza de tener artrosis, a pesar de que las pruebas médicas no indican ningún tipo de causa orgánica. En consulta verbaliza un episodio oscuro a los 18 años en el que, según su relato, fue violada por su primo en colaboración con su prima. De esto se sigue un periodo de perplejidad y aislamiento.

Gonzala además habla de su familia y de los problemas de su vida sin mostrar ningún afecto, a lo que se une la confesión de no haber experimentado el goce de la sexualidad en las relaciones que ha mantenido con su pareja.

El dolor, que comienza inmediatamente después de su matrimonio, le lleva a un diagnóstico de fibromialgia que es aportado por la medicina. A partir de aquí este diagnóstico le ha permitido a Gonzala establecer una serie de recorridos fuera del mundo familiar, el cual le resulta extraño y violento. De esta forma se evidencia que el dolor crónico sostiene al sujeto para no caer en la psicosis y, además, el diagnóstico de fibromialgia le permite un asidero para salir mínimamente de un entorno peligroso vivenciado como extraño y violento.

La cuestión de un síntoma corporal que evita la caída del sujeto en la locura es particularmente visible en la afección anoréxica, la cual pasamos a comentar siguiendo las afinadas puntualizaciones de Massimo Recalcati.

7. 2. 2. 2: Declinación de la anorexia en la neurosis y en la psicosis

La CIE-10 describe la anorexia como un trastorno caracterizado por una pérdida deliberada de peso, inducida y mantenida por el paciente. Por lo común se produce en muchachas adolescentes y mujeres jóvenes, pero también puede afectar a muchachos adolescentes y hombres jóvenes, así como niños prepúberes y mujeres maduras hasta la menopausia. El trastorno se asocia con una psicopatología específica por la cual persiste un pavor ante la gordura y la flacidez de las formas corporales, a modo de ideas sobrevaloradas intrusivas, y el paciente se impone a sí mismo un límite máximo de peso bajo. Suele haber desnutrición de variable gravedad, con cambios y alteraciones endocrinos y metabólicos secundarios de la función corporal. Los síntomas incluyen una dieta restrictiva voluntaria, ejercicio físico excesivo, inducción del vómito o purgas intestinales y uso de anorexígenos y diuréticos⁶³.

⁶³ O.M.S: CIE-10. *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Guía de Bolsillo. Organización Mundial de la Salud (1994), p. 140.

Esta definición, debido a la amplia distribución poblacional a la que alude y al conjunto de síntomas que agrupa, le debe hacer pensar al psicoanalista que la anorexia no puede ser considerada como una estructura en sí, sino que, al igual que la generalidad de los síntomas corporales, la anorexia transita por las diversas estructuras subjetivas, es decir, es un fenómeno transclínico. Esto implica que la anorexia no tendrá la misma función en una estructura neurótica que en una estructura psicótica y, además, la anorexia estará afectada por la actualidad contemporánea que degrada lo simbólico.

Para comenzar a situar la anorexia en la actualidad, Recalcati introduce el concepto de *antiamor*. Toma este concepto, que Miller aplica a la toxicomanía⁶⁴, para elevarlo a rango definitorio de lo que acontece en los síntomas actuales.

Para Recalcati el *antiamor* indica el divorcio entre el sujeto y el Otro, por lo que el objeto perdido no se transfiere al campo del Otro, sino que se estanca de forma narcisista en el cuerpo del sujeto. El goce no sigue el camino del síntoma, sino el más directo de prácticas y técnicas pulsionales que parecen excluir cualquier referencia a una satisfacción inconsciente⁶⁵.

El *antiamor* que Recalcati va a situar en el centro de la anorexia y, en general, en las nuevas presentaciones del síntoma, expresa la misma función que la puesta en juego por la fibromialgia cuando, en una estructura neurótica, aparece como el producto de una separación entre sujeto y el campo del deseo, que no deja de ser el campo del Otro.

Por tanto, el eje fundamental que define la época actual en el orden de los síntomas corporales es un divorcio entre el sujeto y el Otro. Esto, como ya hemos visto, tiene consecuencias para el goce, concretamente lo deslocaliza, con lo que el sujeto no va a implicarse en un primer momento con el sufrimiento que padece y, además, va a dificultar el diagnóstico diferencial entre neurosis y psicosis.

Volviendo a la anorexia, y teniendo en cuenta estas coordenadas de la actualidad, Recalcati remarca que de lo que se trata en el diagnóstico diferencial es de identificar el rasgo que permita captar en la anorexia o bien su función de defensa frente al deseo (estructura neurótica), o bien su función de compensación, suplencia o expresión de delirio subjetivo (estructura psicótica)⁶⁶.

⁶⁴ Miller, J-A. (2010). *El Otro que no existe y sus comités de ética*, p. 295: “La toxicomanía es un *antiamor*, prescinde del partenaire sexual y se consagra al partenaire asexual del plus de gozar, sacrifica lo imaginario a lo real de este. En esta época, el objeto *a* sobresale respecto del ideal: $I < a$ [...]. Y si hoy nos interesamos en la toxicomanía [...], es porque traduce maravillosamente la soledad de cada uno con su partenaire plus de gozar”.

⁶⁵ Recalcati, M. (2008). *Clínica del vacío*, p. 13.

⁶⁶ *Ídem*, p. 21.

Para ello Recalcati va a partir de la distinción que el estatuto de la nada adquiere en la anorexia de estructura neurótica (histeria) y en la anorexia de estructura psicótica, tomando como referencia la elaboración que Lacan hace de la nada como un objeto⁶⁷.

La nada en la anorexia de estructura neurótica funciona como objeto separador, tal como Lacan lo establece. En este sentido, la anorexia es una maniobra de separación, pues mediante “comer nada”, el sujeto abre un agujero en el Otro⁶⁸. Utiliza la nada como escudo y soporte del deseo⁶⁹.

El rechazo a la comida de la anorexia neurótica se orchestra como un deseo, por lo que es un rechazo dialéctico. No es un rechazo que excluya al Otro, sino que lo llama, es decir, es la forma negativizada que puede asumir la demanda de amor cuando choca contra la ausencia del signo de amor en el Otro⁷⁰.

El rechazo en la anorexia neurótica, por tanto, defiende al deseo de ser absorbido por la demanda. Es justo este punto lo que entronca la anorexia neurótica con la posición histérica: el carácter infinito que adquiere la demanda anoréxica, respecto a la cual cualquier objeto resulta incompatible o inadecuado⁷¹, precisamente la esencia de la histeria.

Entonces, en la anorexia de posición histérica el cuerpo se deja morir, pero para abrir una falta en el Otro⁷². La fealdad del cuerpo extremadamente delgado mantiene invertido el valor fálico del cuerpo, ya que ese cuerpo adquiere dicha forma para existir para el Otro y deslumbrarle⁷³.

En definitiva, el estatuto de la nada en la anorexia neurótica está en relación con el deseo del Otro y con la exigencia de un signo de amor⁷⁴. Esta es la diferencia con el estatuto de la nada en la anorexia psicótica, puesto que en la psicosis la nada no conecta con el deseo del Otro, sino con el goce del Otro, lo que expresa un rechazo radical del Otro⁷⁵. Esto es debido a que la nada en la anorexia psicótica está referida a una modalidad de goce que

⁶⁷ Lacan, J. (2013). *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, p. 110: “El objeto *a* es algo de lo cual el sujeto, para constituirse, se separó como órgano. Vale como símbolo de la falta, es decir, del falo, no en tanto tal, sino en tanto hace falta. Por tanto, ha de ser un objeto - en primer lugar, separable - en segundo lugar, que tenga alguna relación con la falta. Voy a encarnar de inmediato lo que quiero decir.

A nivel oral, es la nada, por cuanto el sujeto se destetó de algo que ya no es nada para él. En la anorexia mental, el niño come esa nada. Por ese lado percibe cómo el objeto del destete puede venir a funcionar, a nivel de la castración, como privación”.

⁶⁸ Recalcati, M. (2008). *Clínica del vacío*, p. 22.

⁶⁹ *Ídem*, p. 23.

⁷⁰ *Ídem*, p. 23-24.

⁷¹ *Ídem*, p. 24.

⁷² *Ídem*, p.25.

⁷³ *Ibidem*.

⁷⁴ *Ibidem*.

⁷⁵ *Ídem*, p. 26.

excluye al Otro⁷⁶, lo que explica que la nada en la anorexia psicótica no afecte al Otro - puesto que está excluido - sino al cuerpo del propio sujeto⁷⁷.

En este sentido, una diferencia entre la anorexia neurótica, que entronca con la histeria, y la anorexia psicótica en relación al estatuto del cuerpo radica en que en la primera se juega un rechazo del cuerpo que lo anestesia de su carga sexual, a la vez que se erotiza la pulsión oral. Además, el cuerpo se sacrifica para obtener el signo de amor del Otro. En la segunda, por el contrario, el cuerpo se identifica a la Cosa y no opera el ideal fálico del cuerpo delgado, sino que el cuerpo delgado funciona como una barrera respecto al riesgo de una devoración percibida como real⁷⁸.

Profundizaremos ahora en la anorexia psicótica para comprender cómo un síntoma corporal puede mantener anudados los tres registros. Este va a ser el otro gran punto que permita diferenciar entre neurosis y psicosis en relación al cuerpo sintomático.

Lo que hermana a la anorexia con la esquizofrenia es la clínica de las metamorfosis del cuerpo⁷⁹. En este sentido, en la anorexia psicótica está presente la sensación de haber perdido los confines imaginarios del cuerpo propio, por tanto, apunta a un defecto fundamental en la constitución narcisista de la imagen del cuerpo⁸⁰.

Hemos desarrollado ampliamente en nuestros resultados que en la posición esquizofrénica la imagen del cuerpo no opera para mantener unidos los registros de lo real y lo simbólico, esto produce una devastación de la imagen que provoca la presentificación del cuerpo en el puro estatuto de objeto *a*.

Ante esta coyuntura estructural el sujeto esquizofrénico puede utilizar dos recursos de la anorexia para sostener un apoyo que evite la disolución de los registros: el recurso al vómito y el cuerpo delgado esquelético, precisamente porque en la anorexia psicótica la pérdida de los límites del cuerpo propio está unida a la angustia de engordar^{81,82}. El recurso al vómito está encaminado a limitar el goce, mientras que el cuerpo esquelético funcionará como un apuntalamiento de la imagen del cuerpo que no opera.

Cuando el sujeto esquizofrénico adopta el síntoma anoréxico del vómito, lo que pretende es un vaciamiento del cuerpo, concretamente trata de vaciarse del goce invasivo que por estructura le acosa. Al igual que el recurso a la fibromialgia, vomitar no constituye

⁷⁶ *Ibidem*.

⁷⁷ *Ídem*, p. 27.

⁷⁸ *Ibidem*.

⁷⁹ *Ídem*, p. 53.

⁸⁰ *Ibidem*.

⁸¹ *Ibidem*.

⁸² *Ídem*, p. 56: "El cuerpo lleno es, pues, un cuerpo extraño: comer, engordar, llenarse equivale a ser despojado del cuerpo como propio, del hecho de tener un cuerpo".

una suplencia significativa, sino que permanece en el nivel elemental de una práctica, de un uso del cuerpo como instrumento⁸³. El vómito no realiza un plus-de-gozar, por lo que no expresa un goce correlacionado con el objeto *a* enmarcado en el goce fálico y capturado en el significante, sino que funciona como un dique de contención al goce del Otro⁸⁴.

Aquí subyace lo que lo diferencia del vómito en la anorexia histérica: en el caso de la posición esquizofrénica el vómito no responde a la lógica del asco en la histeria. En esta lógica el objeto que suscita asco en realidad suscita un placer inconsciente que sólo puede ser negado⁸⁵, es decir, responde a un goce articulado por lo simbólico. No es el caso de la esquizofrenia, pues el vómito adquiere la función de una operación para tratar el goce, no es una realización por vía negativa de ese goce. El vómito realiza lo que el significante no pudo por situarse en una relación de total exterioridad respecto al cuerpo. El vómito trata de realizar una simbolización sin símbolo, sin la función constituyente de la *Bejahung*⁸⁶.

Por lo que respecta al cuerpo esquelético, lo que el sujeto esquizofrénico intenta adoptando esta forma corporal es recuperar algo de la imagen del cuerpo que no opera. Trata de separar el cuerpo como imagen del cuerpo como carne, esta es la función propia del hueso o del esqueleto en la anorexia psicótica⁸⁷.

La aparición del hueso en el espejo restablece una relación de propiedad del sujeto con respecto al cuerpo, por lo que el hueso funciona como una especie de vestido del cuerpo, ofrece identidad al cuerpo⁸⁸.

Además, el hueso es una especie de objeto permanente que impide las metamorfosis del cuerpo⁸⁹. Si la imagen del cuerpo se transforma - por ejemplo, engordando -, los límites precarios que mantenían unidos los tres registros en el sujeto esquizofrénico se vienen abajo. Por ello, el recurso a un objeto que pueda permanecer inmutable, el recurso a un objeto al que no afecte ninguna transformación de la imagen - como el hueso - salva al sujeto esquizofrénico de su caída en la locura⁹⁰. El precio, evidentemente, es mantener continuamente los huesos visibles, la desnutrición y los peligros que esta puede provocar.

Asistimos a una diferencia estructural entre el cuerpo esquelético en la posición histérica y este mismo cuerpo en la posición esquizofrénica. En el caso de la anorexia

⁸³ *Ídem*, p. 55.

⁸⁴ *Ibidem*.

⁸⁵ *Ibidem*.

⁸⁶ *Ibidem*.

⁸⁷ *Ídem*, p. 57.

⁸⁸ *Ibidem*.

⁸⁹ *Ibidem*.

⁹⁰ *Ibidem*: “El hueso preserva el sentimiento de vida del sujeto al ser el punto más íntimo del sujeto el que tranquiliza al sujeto mismo sobre el hecho de tener un cuerpo propio. Esta es la tesis de una anorexia psicótica: la incorruptibilidad de los huesos le permite al cuerpo no deshacerse”.

psicótica en un sujeto esquizofrénico buscar el hueso no es buscar el falo ni querer ser el falo - que es lo que la anorexia histérica ansía -, sino que es un modo de remediar el descosido de la imagen del cuerpo: el hueso es el objeto que viene a ocupar el lugar de la imagen del cuerpo, y en esta sustitución el sujeto realiza no una pérdida de sí mismo, sino un reencuentro⁹¹.

En la posición histérica, por el contrario, a través del cuerpo esquelético se produce una falicización del cuerpo, pero de un modo particular. La anorexia histérica encarna la equivalencia entre belleza y delgadez que sostiene el discurso social contemporáneo. Sin embargo, la belleza de la delgadez parece dirigirse al deseo sólo cuando invalida las formas sexuales del cuerpo⁹², es decir, el rechazo al cuerpo propio de la histeria se sitúa en primer plano. Esta posición queda encarnada en las *maniqués*: ser miradas, pero no tocadas⁹³.

El cuerpo en la anorexia histérica se convierte en icono de un ideal de belleza que se separa del cuerpo sexual, del cuerpo gozante. El cuerpo delgado custodia en la histeria el secreto de una feminidad que se abstrae de la dimensión del cuerpo como campo del goce y del intercambio sexual. Es lo que evidencia la exasperación histérica en la anorexia a diferencia de la pasión anoréxica por los huesos en la psicosis de posición esquizofrénica⁹⁴.

7. 2. 2. 3: Hipocondría y esquizofrenia

La hipocondría, a diferencia de lo que ha acontecido con la anorexia y con la fibromialgia, es un padecimiento que tiene una larga existencia en el campo de la psiquiatría y, por ende, en el campo del psicoanálisis más clásico. En la actualidad persiste casi de forma residual en las clasificaciones psiquiátricas internacionales.

Concretamente, la CIE-10 clasifica la hipocondría, a la que denomina trastorno hipocondríaco, dentro del grupo de los trastornos somatomorfos. La característica nuclear de este grupo de trastornos es la presentación repetida de síntomas físicos, junto a una solicitud insistente de investigaciones médicas, a pesar de los hallazgos negativos y la reiterada confirmación por los médicos de que esos síntomas no tienen base orgánica⁹⁵.

Respecto al trastorno hipocondríaco, la CIE-10 lo define como un trastorno cuyo rasgo esencial es una preocupación persistente por la posibilidad de tener uno o más trastornos físicos graves y progresivos. Los pacientes manifiestan continuamente quejas

⁹¹ *Ibidem*: “Gracias al hueso el sujeto sobrevive a la catástrofe de la fragmentación”.

⁹² *Ídem*, p. 69.

⁹³ *Ibidem*.

⁹⁴ *Ibidem*.

⁹⁵ O.M.S: CIE-10. *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Guía de Bolsillo. Organización Mundial de la Salud (1994), p. 130.

somáticas o preocupación por su aspecto físico. Las sensaciones y aspectos normales y habituales son interpretados a menudo por el paciente como anormales y perturbadores, y la atención suele estar centrada sólo en torno a uno o dos órganos o sistemas corporales. Con frecuencia hay síntomas depresivos y ansiosos⁹⁶.

Si nos atenemos a la definición que la CIE-10 da de la hipocondría, podemos observar que se dibuja el mismo campo que cuando nos fijábamos en la anorexia desde la perspectiva más médica. Es decir, la amplitud definitoria y la cualidad meramente descriptiva hacen pensar que la hipocondría es un fenómeno transclínico. Por tanto, se puede presentar en diferentes estructuras subjetivas cumpliendo funciones muy diferentes.

Santiago Castellanos resume el corazón de esta patología afirmando que se denomina hipocondría a una enfermedad que no está más que en la cabeza del enfermo⁹⁷. Se trata entonces de saber si en la hipocondría las imposiciones ideativas asociadas al cuerpo, tan características de este cuadro, se producen en las coordenadas de un trastorno neurótico o de un trastorno psicótico⁹⁸.

La concepción psicoanalítica clásica de la hipocondría la establece Freud en su obra *Introducción al narcisismo*. Plantea que la hipocondría se exterioriza en sensaciones corporales y dolorosas y la asocia a una anómala distribución de la libido, ya que el hipocondríaco retira la libido del exterior y la repliega sobre el órgano corporal en el que siente dolor. Asimismo, establece la diferencia entre hipocondría y enfermedades orgánicas⁹⁹.

Tal vez la aportación más valiosa de Freud respecto a la hipocondría sea la que señala el padre del psicoanálisis en esta misma obra justo a continuación. Freud, al preguntarse sobre cuál puede ser la alteración en los órganos de la que se queja el hipocondríaco, postula que existe una erogenización de dichos órganos que subrogan a los genitales y a las propias zonas erógenas¹⁰⁰. Esto le lleva a deducir una propiedad erógena general en todos los órganos del cuerpo, pudiendo esta erogenidad aumentar o disminuir según los desplazamientos de la libido¹⁰¹.

Freud concluye que a cada alteración en la erogenidad de los órganos corporales podría serle paralela una alteración de la libido dentro del yo, y sería en estas coordenadas donde habría que buscar la etiología propia de la hipocondría¹⁰².

⁹⁶ *Ídem*, p. 133.

⁹⁷ Castellanos, S. (2009). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*, p. 99.

⁹⁸ *Ídem*, p. 95.

⁹⁹ Freud, S. (2008). *Introducción al narcisismo*, en *Obras completas*, T. XIV, p. 80.

¹⁰⁰ *Ídem*, p. 80-81.

¹⁰¹ *Ídem*, p. 81.

¹⁰² *Ibidem*.

Creemos que esta es la aportación más valiosa de Freud porque, si nos situamos en el marco de la enseñanza de Lacan, lo que Freud está afirmando es justo la existencia de un goce corporal que se fija en ciertos órganos del cuerpo produciendo el malestar que sufre el sujeto hipocondríaco.

Esta es justo la esencia que caracteriza a la hipocondría: un goce deslocalizado que se fija a ciertos órganos corporales. Se sigue entonces el mismo camino que en la fibromialgia, salvo que aquí el goce deslocalizado no se experimenta exclusivamente como dolor, sino como sensaciones somáticas que se interpretan como signos de una grave afectación orgánica. Estas interpretaciones inundan el pensamiento y el sujeto es incapaz de desembarazarse de tales ideas.

Freud da un paso más y enlaza la hipocondría con la esquizofrenia a través de la alteración de la libido en el yo. Si en la hipocondría lo que se produce es un estancamiento en la libido del yo, manifestada a través de sensaciones somáticas e interpretaciones mórbidas, dicho estancamiento está en la base de la aparición de la esquizofrenia. Es decir, Freud equipara el estancamiento de la libido objetal, causa de la neurosis, con el estancamiento de la libido yoica en la esquizofrenia, por lo que eleva este al rango de causa de la psicosis¹⁰³.

Es la tesis clásica de Freud: en la neurosis la libido se desase del exterior y se repliega en la fantasía, con lo que el vínculo con los objetos se mantiene, mientras que en la psicosis la libido se desase del exterior y se repliega en el yo, por lo que el vínculo con los objetos se borra. Es decir, el psicótico no puede amar o, en otros términos, no puede conectar con objetos externos a él¹⁰⁴; la hipocondría manifiesta esta cualidad.

Si nos situamos en la actualidad, la hipocondría no se vincula con exclusividad al campo de la psicosis. Esta afección sigue el camino de las nuevas formas de presentación del síntoma, en el sentido de que lo que está en primer plano es la presencia de un goce deslocalizado que afecta al cuerpo en un malestar difuso. El sujeto lo interpreta como la señal de una inminente enfermedad orgánica grave, pero la cuestión es saber si estas interpretaciones del goce deslocalizado fijado a los órganos del cuerpo se encuadran dentro de una estructura neurótica o de una estructura psicótica.

Lo que muestra la hipocondría en la neurosis, al igual que la fibromialgia, es una desconexión del sujeto con el orden significativo del deseo. En este sentido es muy habitual

¹⁰³ *Ibidem*.

¹⁰⁴ *Ídem*, p. 82: ¿En qué razón se ve compelida la vida anímica a traspasar los límites del narcisismo y poner la libido sobre objetos? [...] Esa necesidad sobreviene cuando la investidura del yo con la libido ha sobrepasado cierta medida. Un fuerte egoísmo preserva de enfermar, pero al final uno tiene que empezar a amar para no caer enfermo, y por fuerza enfermará si a consecuencia de una frustración no puede amar”.

observar la aparición de la hipocondría en sujetos neuróticos ante situaciones que compelen directamente al deseo, tales como inminencia de matrimonio, paternidad o maternidad, enfermedad grave de una persona amada, etcétera.

Es decir, ante situaciones para las que el apoyo fantasmático del sujeto falla, la hipocondría puede aparecer como una respuesta del sujeto. Sin embargo, esta respuesta deslocaliza el goce, ya que separa al sujeto del campo del deseo, del campo del Otro, con lo que dicho goce transita a lo largo del cuerpo sin poder fijarse ni atraparse, al menos en un primer momento, por las redes del significante. Las ideas de padecer una enfermedad y las sensaciones somáticas dominan la subjetividad del neurótico hipocondríaco cuando se abre la posibilidad de un encuentro intolerable con lo más íntimo del deseo, con el núcleo de lo real que el sujeto no pudo simbolizar en su constitución.

Diferente es el caso de la psicosis en relación con la hipocondría. En la estructura psicótica, y en concreto en la posición esquizofrénica, habría que distinguir la hipocondría como un recurso al lenguaje de órgano o bien como un síntoma que impide el desencadenamiento psicótico.

Si la hipocondría funcionase como lenguaje de órgano, entonces en la historia del sujeto podríamos situar la coyuntura de desencadenamiento y, por tanto, podríamos observar la maniobra en la que se fijó el goce deslocalizado a un significante congelado tomado en su pura literalidad. Con este significante que coagula una sensación corporal o un órgano del cuerpo, el sujeto construyó un objeto *a* como maniobra precaria para salir del estado de goce de la lengua. Esta es la situación clásica en una esquizofrenia desencadenada que hemos mostrado en nuestros resultados.

Es por ejemplo lo que ilustra el caso que Santiago Castellanos expone de un hombre de 50 años, en el que, a partir de un diagnóstico de cáncer de pulmón a su padre y simultáneamente su propio acceso a la paternidad, empieza a desarrollar sensaciones extrañas en el cuerpo (dolores, sensaciones de tener un bulto en diferentes zonas, dolores extraños y bizarros, hormigueos, movimientos de las costillas, mareos...) ¹⁰⁵

Este hombre acude a Internet para averiguar la causa de sus síntomas, encontrando siempre la conclusión en el cáncer, lo que le lleva a recorrer urgencias y especialistas médicos. Paralelamente su vida familiar se va derrumbando ¹⁰⁶.

Las sesiones durante 10 años tienen la misma estructura. Comienzan con una lista de las sensaciones que siente en el cuerpo y que interpreta según la circunstancia. Con el relato

¹⁰⁵ Castellanos, S. (2009). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*, p. 94-95.

¹⁰⁶ *Ídem*, p. 95-96.

de esas sensaciones corporales va haciendo un recorrido, una cartografía del cuerpo, nombra el cuerpo. Después el paciente habla de las dificultades que se establecen en los vínculos con su madre, su mujer y su hermano y, cuando todo se junta o se complica, dice que está “en el *totum revolutum*”, significante que utiliza para nombrar los periodos en que el goce del cuerpo se manifiesta de manera más dramática para él. Al final de la sesión siempre se despide de la misma manera, se pregunta si tiene o no un cáncer y demanda una opinión médica¹⁰⁷.

Durante el tratamiento sucede un episodio que aclara de forma tajante la estructura psicótica que habita este hombre. Un especialista solicita una prueba diagnóstica. Después de realizarla, le dan un informe en sobre cerrado para su médico y le dicen que todo está bien. El paciente lee el informe ante el temor de que lo estén engañando. Al leerlo se da cuenta de que al final hay unas iniciales: C. M. que él interpreta como “cáncer malo”. Entra en estado de perturbación durante varios días con numerosas llamadas telefónicas en las que le explican que se trata de las iniciales del administrativo y que es un procedimiento habitual. Esto le conduce a comprobar que en otras pruebas que le habían realizado también figuraban las iniciales C. M. y que se trataba de un mensaje secreto, en clave, del radiólogo al médico que le había solicitado pruebas anteriormente¹⁰⁸.

En este caso la coyuntura de desencadenamiento se produce en el momento de la enfermedad del padre, que coincide con su propia paternidad. En un primer momento aparecen alucinaciones cenestésicas y un cuadro de hipocondría que funciona como lenguaje de órgano. Posteriormente este paciente puede elaborar un delirio hipocondríaco sin persecución, lo que encuadra un poco más al lenguaje de órgano dentro de las redes del significante¹⁰⁹.

En otros casos, sin embargo, ante sujetos claramente instalados en una estructura psicótica no se hallan huellas de ninguna circunstancia que apunte a un desencadenamiento psicótico, pero lo que se observa es una afección hipocondríaca persistente y, muchas veces, mantenida a lo largo de numerosos años. En estos casos es fundamental establecer si la hipocondría funciona como un intento de nominación de un goce fuera del significante, lo que impide justamente la disolución de los registros y la caída del sujeto en la locura.

Es decir, se trata de ver en estos sujetos si la hipocondría equivale por ejemplo al cuerpo delgado en la anorexia psicótica: un tratamiento de un goce por fuera del significante pero que o bien impide la ruptura de los límites imaginarios del cuerpo (caso del cuerpo

¹⁰⁷ *Ídem*, p. 96-97.

¹⁰⁸ *Ídem*, p. 97-98.

¹⁰⁹ *Ídem*, p. 98.

delgado) o bien los delinea (caso de la hipocondría), con lo que el sujeto esquizofrénico puede mantener unidos desde el síntoma lo imaginario que no opera, lo simbólico y lo real.

A lo largo de este apartado, además de intentar diferenciar los síntomas corporales en la histeria y en la esquizofrenia, hemos querido aportar un complemento a los hallazgos que hemos establecido en nuestros resultados.

Nosotros hemos analizado tres casos de psicosis desencadenadas que caían en una posición esquizofrénica inicial. De esos tres casos, dos de ellos realizaban maniobras que conducían a los sujetos a la salida de dicha posición (Schreber y Marie). La maniobra del tercer caso (Emma A.) no era suficiente para salir de la posición esquizofrénica.

La maniobra de Emma A. era justo el lenguaje de órgano, sobre el cual hemos descubierto que era una tentativa del sujeto por la que construía un objeto *a* a partir de la literalidad significativa. Esta construcción ponía un dique mínimo al goce de la lengua, pero a pesar de ello, el sujeto seguía invadido por dicho goce.

Sin embargo, en este apartado hemos mostrado que el síntoma corporal no sólo puede tomar la forma del lenguaje de órgano, es decir, no solamente aparece como maniobra del sujeto cuando la psicosis se ha desencadenado, sino que en algunas ocasiones el síntoma corporal aparece antes del desencadenamiento como una maniobra del sujeto que le impide caer en el estrago total de la locura.

Es lo que se ha evidenciado con los ejemplos de la fibromialgia psicótica, la anorexia psicótica y la hipocondría psicótica. En estos casos algunos sujetos se constituyen en la estructura psicótica, pero se dirigen por la vida casi en condiciones normales. Es lo que desde el psicoanálisis lacaniano se ha nombrado como psicosis ordinarias.

Este tipo de psicosis se caracteriza por que el sujeto no se desencadena, a pesar de mostrar discretos síntomas que apuntan en la línea de la locura. Para que esto sea posible, los sujetos dentro de la psicosis ordinaria han tenido que elaborar un tratamiento del goce que les sirva de defensa ante coyunturas que podrían desbordarlo, lo cual enlaza con la última enseñanza de Lacan acerca del *sinthome*.

La fibromialgia, el recurso al vómito, el cuerpo delgado o la hipocondría pueden tratar al goce deslocalizado del significante como *sinthomes* que mantengan unidos los tres registros, evitando el desencadenamiento psicótico y mostrando otras maniobras del sujeto esquizofrénico con el goce del cuerpo distintas al lenguaje de órgano.

7. 3: Esquizofrenia y fenómeno psicossomático

En este último apartado nos centraremos en diferenciar el fenómeno psicossomático del síntoma corporal en la esquizofrenia, pues en ambos el cuerpo se pone en primer lugar y, además, el propio Lacan los engloba dentro de una misma serie a nivel estructural. Sin embargo, las diferencias son importantes.

Para ello comenzaremos definiendo qué se entiende exactamente por fenómeno psicossomático en la enseñanza de Lacan. Posteriormente estableceremos las semejanzas y los puntos diferenciales que el fenómeno psicossomático mantiene con el síntoma corporal de la esquizofrenia.

7. 3. 1: El fenómeno psicossomático

El fenómeno psicossomático dentro de la enseñanza de Lacan se distingue de la acepción común que suele dársele en otros dominios psicológicos o médicos. No se trata de las implicaciones psicológicas que pueden presentar las enfermedades orgánicas según el estado anímico de la persona que las sufre. Tampoco se trata de las conversiones somáticas propias de la posición histérica, ni tiene que ver con aquellas patologías de la medicina para las que no hay una causalidad orgánica y que se denominan funcionales¹.

En la enseñanza de Lacan el fenómeno psicossomático se concibe como una consecuencia derivada de un defecto en la incorporación del lenguaje y del significante en el cuerpo-organismo², concretamente en la parte del cuerpo donde se localiza la lesión.

El sujeto se ve en la obligación de incorporar la estructura del lenguaje a su organismo con el fin de inscribirse en el campo del Otro. Es justo el núcleo de la operación de alienación: el sujeto adquiere sentido a la vez que cede el goce del cuerpo³.

La incorporación de la estructura del lenguaje produce necesariamente la evacuación del goce del cuerpo, su vaciamiento. De ahí que la incorporación de lo simbólico produzca una mortificación o petrificación corporal. Será a partir de la operación de separación cuando el sujeto pueda recuperar algo del goce vaciado, pero dicha recuperación se producirá siempre a través de un objeto exterior al propio sujeto. Es decir, el vaciamiento del goce

¹ Castellanos, S. (2009). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*, p. 86.

² *Ídem*, p. 87.

³ Recalcati, M. (2008). *Clínica del vacío*, p. 259.

producido por la incorporación de la estructura del lenguaje localiza el goce fuera del cuerpo del sujeto.

Sin embargo, hay veces que el efecto de borramiento del goce producido por lo simbólico no funciona adecuadamente en algún lugar de la incorporación del cuerpo simbólico y se produce un accidente: el fenómeno psicossomático⁴.

En este sentido lo que el fenómeno psicossomático muestra es que la libido se desarregla y no busca sus objetos en el exterior, sino que vuelve a ejercer su dominio sobre este punto del cuerpo - el punto donde el significante no borró el goce -, con un gran sufrimiento para el sujeto. Entonces aparece una lesión orgánica y el cuerpo queda lesionado en lo real. Es decir, la libido choca sobre lo real del cuerpo, con un efecto de lesión, allí donde lo simbólico no operó⁵.

En otros términos, el cuerpo se produce como tal sólo a través de una significantización del organismo que produce una mortificación simbólica de éste. En el fenómeno psicossomático se asiste más bien a una desincorporación del cuerpo - concretamente del órgano afectado por la somatización - respecto al significante, por lo que es el cuerpo-real el que se niega al cuerpo del lenguaje⁶.

El fenómeno psicossomático indica un rodeo, una forma de sortear al Otro del lenguaje, porque la desincorporación del cuerpo por la acción significante indica precisamente la oposición del Otro, supone una ruptura de la relación del sujeto con la mediación del Otro. Por ello, en el caso del fenómeno psicossomático no hay revelación simbólica a través del órgano sintomático, como ocurriría por ejemplo con la conversión histérica, sino que lo que hay es una lesión del órgano, una coincidencia sin palabras entre órgano y objeto⁷.

Debido a esta cuestión, Miller señala la importancia de distinguir el fenómeno psicossomático del síntoma clásico, tal y como se evidencia en la neurosis⁸.

El síntoma es una formación del inconsciente que tiene estructura de lenguaje y, por tanto, supone una sustitución en forma de metáfora⁹. Sin embargo, el fenómeno psicossomático esquivo la estructura del lenguaje¹⁰, por lo que no es un síntoma como tal. El

⁴ Castellanos, S. (2009). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*, p. 87.

⁵ *Ibidem*.

⁶ Recalcati, M. (2008). *Clínica del vacío*, p. 261.

⁷ *Ibidem*.

⁸ Miller, J-A. (2008). "Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicossomático", en *Matemas II*, p. 173: "Me parece fundamental plantear de entrada: fenómeno psicossomático diferente de síntoma - FPS ≠ síntoma - y ello por la razón concreta de que debemos ser muy exigentes en cuanto a la estructura de lenguaje del síntoma".

⁹ *Ibidem*.

¹⁰ *Ídem*, p. 174.

síntoma enlaza con el Otro, puesto que cifra algo del deseo. Justo a diferencia del fenómeno psicossomático, el cual no se refiere al deseo del Otro, sino que opera un esquivamiento del Otro¹¹.

Es por ello que Lacan afirma que el fenómeno psicossomático no mantiene asociadas las dimensiones del signo y de su significación, sino que opera como una especie de disociación radical mostrando un signo (la lesión propia del fenómeno psicossomático), pero que no produce ninguna significación, como si ese signo se encontrara en franca oposición respecto de la función representativa del significante¹².

Por tanto, lo que se observa en primer plano en el fenómeno psicossomático no es el síntoma como mensaje o como formación de compromiso, sino una incisión, una marca que no representa al sujeto para otro significante; al contrario, lo petrifica con una identificación rígida y una fijación de goce¹³.

Para comprender por qué el fenómeno psicossomático implica una desincorporación de lo simbólico y una inoperatividad del mecanismo metafórico propio de la constitución del sujeto, hay que tener en cuenta que, en el caso del fenómeno psicossomático, la cadena significante ha sufrido una perturbación en forma de holofrase, la cual congela S_1 - S_2 haciendo que dichos significantes no se articulen adecuadamente¹⁴.

En el caso del síntoma tomado en su valor metafórico, es decir, en relación al Otro del lenguaje, el sujeto está representado por un significante S_1 (el del síntoma) junto a otro significante S_2 (un saber en espera). El sujeto desaparece bajo los significantes que lo representan, lo que Lacan denomina afánisis del sujeto¹⁵.

En el caso del fenómeno psicossomático hay un defecto de la afánisis; el sujeto no está metaforizado por la articulación significante, ya que esta última se halla soldada y neutralizada por la holofrase. El sujeto está borrado porque no está representado en el intervalo entre dos significantes. Por ello el fenómeno psicossomático no representa a un sujeto, ya que no contiene un sentido a decodificar, dado que la estructura del fenómeno psicossomático no lo permite¹⁶.

En la holofrase no se produce ninguna operación simbólica de sustitución entre los significantes, sino que estos permanecen en un estado de cortocircuito, no en serie sino indiferenciados, por lo que la propia cadena significante es tomada como un bloque. Esto

¹¹ *Ibidem*.

¹² Recalcati, M. (2008). *Clínica del vacío*, p. 261.

¹³ *Ídem*, p. 264.

¹⁴ Castellanos, S. (2009). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*, p. 87.

¹⁵ *Ídem*, p. 88.

¹⁶ *Ídem*, p. 88-89.

origina el efecto de que en lugar de producir un plus de sentido - como en el caso de la metáfora que estructura al síntoma - directamente lo anula¹⁷.

El fenómeno psicossomático se presenta como una condensación operada a nivel del cuerpo, mientras que la condensación metafórica del síntoma implica una formación semántica sobredeterminada. En el caso del fenómeno psicossomático la condensación metafórica se transfigura en una holofrasización que llega a oponerse incluso a cualquier metonimización. El plus de sentido propio de la metáfora se atrofia y se convierte en un sinsentido absoluto¹⁸.

Se puede concebir la holofrase como una especie de S_1 que no divide al sujeto, lo que implica que no hay S_2 , no hay espacio para la afánisis. La consecuencia es que el sujeto se encuentra petrificado y fijado a ese S_1 aislado¹⁹. El significante holofrásico (S_1), en lugar de producir un saber (S_2), provoca una inscripción que lesiona el cuerpo bajo la forma de una escritura²⁰.

La holofrase entonces está en la base del fenómeno psicossomático. La desaparición del intervalo que articula S_1 con S_2 impide el desplazamiento de la cadena significativa, así como la acción del mecanismo metafórico. Este mecanismo a nivel de la cadena significativa tiene consecuencias respecto al goce.

El goce, en lugar de mantenerse separado del cuerpo, en lugar de haberse vaciado del organismo, retorna de nuevo. Este matiz es introducido por Miller para complementar la serie de elementos clínicos establecida por Lacan, donde agrupa el conjunto de fenómenos que obedecen a la desaparición de la afánisis de la cadena significativa. Miller añade que además del principio clasificatorio de la desaparición de la afánisis hay que agregar el principio que este conjunto evidencia respecto al goce, es decir, en estos casos el goce vuelve a entrar en el organismo²¹.

En este sentido, el fenómeno psicossomático pone en evidencia al Otro, no ya como significativo, sino como cuerpo. El efecto del goce que retorna es una impresión, una marca

¹⁷ Recalcati, M. (2008). *Clínica del vacío*, p. 261.

¹⁸ *Ídem*, p. 267-268.

¹⁹ Castellanos, S. (2009). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*, p. 89.

²⁰ *Ibidem*.

²¹ Miller, J.-A. (2008). "Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicossomático", en *Matemas II*, p. 178: "Podemos hallar el principio de toda otra serie precisamente a partir de considerar que la incorporación de la estructura de lenguaje tiene sobre el cuerpo un efecto preciso, que es la separación del cuerpo y del goce, principio que podemos llamar su evacuación, su vaciamiento [...] y esto nos conduce a plantear el cuerpo como desierto de goce [...]. Un nuevo principio, no ya la ausencia de afánisis sino el goce que ha vuelto a entrar. Este goce, normalmente separado del cuerpo, aquí ha vuelto a entrar: retorna en el cuerpo".

en el Otro del cuerpo, es decir, el que toma nota de lo que ha sucedido no es el registro simbólico, no es el Otro del significante, sino el registro de lo real, el cuerpo como Otro²².

7. 3. 2: Semejanzas y diferencias entre el fenómeno psicósomático y el síntoma corporal en la esquizofrenia

Después de haber abordado el fenómeno psicósomático en su estructura, es fundamental establecer su diferencia respecto al síntoma corporal en la esquizofrenia, puesto que ambos presentan ciertas semejanzas estructurales, pero son cualitativamente diferentes.

El hermanamiento entre el fenómeno psicósomático y la esquizofrenia a nivel estructural se presenta esencialmente en la desaparición del intervalo que articula S_1 con S_2 en la cadena significativa. La presencia de la holofrase es lo que permite a Lacan poner en una misma serie la psicosis y el fenómeno psicósomático²³.

En este sentido, tanto en la esquizofrenia como en el fenómeno psicósomático, el sujeto deja de estar representado porque falta la discontinuidad del intervalo que lo articula en la cadena significativa bajo la forma de afánisis²⁴.

La holofrase en el campo de la representación significativa del sujeto tiene consecuencias respecto al goce, como ya hemos comentado. Es decir, debido a que en los dos casos está ausente el intervalo entre S_1 y S_2 , también la esquizofrenia y el fenómeno psicósomático mantienen cierta afinidad estructural respecto al goce, puesto que en ambos

²² *Ídem*, p. 179: “Lo propio del fenómeno psicósomático es la manera en que esquivo al Otro. Debo agregar: en que esquivo al Otro del significante. Pues no esquivo al cuerpo como Otro, con el cual por el contrario interfiere. Y el fenómeno psicósomático es [...] apto para que pueda operar esta definición de Lacan: “El Otro es el cuerpo”. Incluso podemos dar aquí del Otro del significante y del Otro del cuerpo fórmulas distintas [...]. Porque al esquivar al Otro del significante, el Otro del cuerpo viene a quedar impreso.

Por lo tanto, otro está en cuestión en el fenómeno psicósomático, pero lejos de ser el lugar del Otro que puede ser ocupado por Otro sujeto, este Otro es el cuerpo propio [...]. El cuerpo propio se experimenta, en efecto, como cuerpo de otro [...]. El cuerpo como Otro es [...] una noción que permitiría aclarar nuestra orientación psicósomática.

[...] No es el Otro [...] del significante el que toma nota, sino el cuerpo. Y nos vemos forzados a no conformarnos con decir que ese tomar nota se efectúa en el cuerpo sino por el cuerpo, es decir, a hacer del cuerpo un sujeto de la frase, como cuando hablamos del Otro”.

²³ Lacan, J. (2013). *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*, p. 245-246: “[La experiencia pavloviana] permite situar lo que debe concebirse en el efecto psicósomático [...]. Cuando no hay intervalo entre S_1 y S_2 , cuando el primer par de significantes se solidifica, se holofrasea, obtenemos el modelo de toda una serie de casos - si bien hay que advertir que el sujeto no ocupa el mismo lugar en cada caso.

[...] Por ejemplo, la dimensión psicótica se introduce en la educación del débil mental en la medida en que el niño débil mental ocupa el lugar [...] respecto a ese algo a que lo reduce la madre - el mero soporte de su deseo en un término oscuro.

[...] En la psicosis, con toda seguridad, se trata de algo del mismo orden. Esta solidez, esta captación masiva de la cadena significativa primitiva impide la apertura dialéctica que se manifiesta en el fenómeno de la creencia”.

²⁴ Miller, J.-A. (2008). “Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicósomático”, en *Matemas II*, p. 175.

el goce no es exteriorizado, permanece en el cuerpo empapándolo²⁵: el fenómeno psicossomático coagulándolo en un órgano que se lesiona, la esquizofrenia congelándolo en una palabra anudada a la literalidad significativa del cuerpo.

A pesar de estar producida por el mismo mecanismo (la holofrase), esta presentación distinta en el fenómeno psicossomático y en la esquizofrenia de un goce que permanece en el cuerpo, porque ha desaparecido el intervalo entre S_1 y S_2 , abre el campo de las diferencias entre ambos fenómenos clínicos.

Aunque el goce se localiza no en el exterior del cuerpo del sujeto sino en el interior de éste, en la esquizofrenia el goce no exteriorizado produce una invasión de este mismo goce en el sujeto, mientras que en el fenómeno psicossomático esta cualidad invasiva no aparece. Es decir, el cuerpo en la esquizofrenia está invadido por el goce del Otro, pero en el fenómeno psicossomático no²⁶.

Esto se debe a que el fenómeno psicossomático realiza una localización del goce no exteriorizado en el órgano afectado²⁷, mientras que en la esquizofrenia el goce permanece deslocalizado. Esta cuestión enlaza con lo que hemos hallado en nuestros resultados.

Hemos mostrado que lo característico de un sujeto esquizofrénico que ha sufrido un desencadenamiento psicótico es una fractura de la imagen del cuerpo, la cual promueve una regresión tópica al estado de goce de la lengua donde, por un lado, el sujeto queda aniquilado y, por otro lado, el goce corporal se deslocaliza sin poderse fijar a nada. Esto produce una invasión de la subjetividad que coloniza al sujeto, el cual queda totalmente a merced de un goce que es goce del Otro, entendido el Otro aquí como el cuerpo propio.

Sin embargo, en el fenómeno psicossomático esto no se produce. Precisamente porque el goce no se deslocaliza en las letras de la lengua, sino que queda localizado en la lesión de un órgano corporal; no se difumina invadiendo al sujeto, sino que se coagula lesionando el cuerpo, pero manteniendo a salvo al sujeto en otras cadenas significantes separadas de este fenómeno.

En este punto puede iluminarnos la afirmación de Miller cuando, citando a Lacan, comenta que el fenómeno psicossomático no pertenece al orden de la letra, lo cual lo pondría a nivel de lo simbólico, sino que pertenece al orden del número, es decir, de lo real²⁸.

²⁵ Recalcati, M. (2008). *Clínica del vacío*, p. 259: "Es esta la afinidad lógica entre FPS y psicosis: el goce no es exteriorizado, sino que permanece en el cuerpo, lo empapa [...]. Cuerpo en exceso de vitalidad [...] que rechaza la incorporación significativa [...], que no tolera las cadenas de lo simbólico".

²⁶ *Ídem*, p. 260.

²⁷ *Ibidem*.

²⁸ Miller, J-A. (2008). "Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicossomático", en *Matemas II*, p. 181.

Para poder distinguir más precisamente el síntoma corporal de la esquizofrenia y el fenómeno psicossomático hay que apelar a lo imaginario y a la relación que este mantiene con lo real²⁹.

7. 3. 2. 1: El registro imaginario en la esquizofrenia y en el fenómeno psicossomático.

Hemos definido el fenómeno psicossomático como un efecto producido por la ausencia de borramiento de goce en algún lugar del organismo. Su consecuencia es un desarreglo de la libido que ya no busca sus objetos en el exterior, sino que choca con lo real del cuerpo produciendo una lesión donde lo simbólico no operó.

No hay que olvidar, tal y como hemos explicado en nuestra introducción al referirnos al primer paradigma del cuerpo en Lacan³⁰, que el psicoanalista francés sitúa la libido en el eje imaginario $a-a'$, pero sin embargo la lesión orgánica tiene valor de real³¹. Entonces, el fenómeno psicossomático confronta imaginario y real, ya que la libido (sentada sobre lo imaginario) choca con lo real del cuerpo (con un efecto de lesión), justo donde lo simbólico no operó³².

Por tanto, en el fenómeno psicossomático, imaginario y real quedan anudados. Es lo que expresa el matema que da cuenta de este fenómeno: $I\mathcal{O}R$ ³³, donde I es el registro imaginario y R es el registro de lo real. Es decir, que el fenómeno psicossomático, tal y como afirma Lacan, está en su fundamento profundamente enraizado en lo imaginario³⁴.

Este es el corazón, la esencia, el núcleo que marca la diferencia entre el síntoma corporal en la esquizofrenia y el fenómeno psicossomático, puesto que, en la esquizofrenia, tal y como hemos mostrado en nuestros resultados, el registro imaginario no opera. Muy al contrario, la esquizofrenia se rige por el matema del síntoma, entendido este como el puente que enlaza simbólico y real: $S\mathcal{O}R$. Vamos a tratar de comprender esta cuestión.

²⁹ *Ibidem*: “La cuestión más espinosa [...] es situar lo que va de lo imaginario a lo real”.

³⁰ Rodríguez Ribas, J. A. (2015). *Cuerpos del inconsciente: sus paradigmas y escrituras*, p. 183-196.

³¹ Lacan, J. (2010). *Seminario 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*, p. 150: “Si algo sugieren las reacciones psicossomáticas como tales, es que están fuera del registro de las construcciones neuróticas. No se trata de una relación con el objeto. Se trata de una relación con algo que se encuentra siempre en el límite de nuestras elaboraciones conceptuales, algo en lo cual siempre pensamos, de lo que a veces hablamos y que, para ser precisos, no podemos alcanzar y, sin embargo, no lo olviden, está allí les hablo de lo simbólico, de lo imaginario, pero también está lo real. Las reacciones psicossomáticas se sitúan a nivel de lo real”.

³² Monribot, P. (2003). *¿Qué curación del cuerpo en análisis?* Documento online en: <http://www.nel-mexico.org/articulos/seccion/textosonline/subseccion/Principios-y-finales-de-analisis/474/Que-Curacion-del-cuerpo-en-analisis>. Consultado el 8/02/2017.

³³ Castellanos, S. (2009). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*, p. 87.

³⁴ Miller, J-A. (2008). “Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicossomático”, en *Matemas II*, p. 176.

En la esquizofrenia desencadenada el sujeto queda aniquilado en una invasión de goce que tiene una estructura de letra, es el goce de lalengua. El desencadenamiento se produce porque el registro imaginario no puede contener el desbordamiento de lo real. No puede hacerlo precisamente porque el registro imaginario no está sólidamente constituido, es por ello que la imagen del cuerpo queda fracturada y el goce de lalengua coloniza al sujeto.

A partir de aquí el sujeto realiza tentativas de curación para resituarse en la estructura. La tentativa de curación puramente esquizofrénica es la elaboración del lenguaje de órgano. Hemos mostrado en nuestros resultados que el lenguaje de órgano es una construcción que el sujeto realiza para obtener un objeto *a* que localice mínimamente el goce que lo invade.

Ahora bien, este objeto *a* se construye a partir de la literalidad del significante. Por tanto, aunque el lenguaje de órgano no haga un uso neurótico de lo simbólico, en el sentido de que no permite ninguna circulación metafórica ni cifra ningún mensaje inconsciente, no por ello deja de utilizar dicho registro.

Es decir, el lenguaje de órgano es una utilización de lo simbólico que el sujeto esquizofrénico realiza para localizar lo real que le invade. De ahí su hermanamiento con el matema del síntoma: $S\emptyset R$. La utilización de lo simbólico en el sujeto esquizofrénico no implica absolutamente nada de lo imaginario, precisamente porque el registro imaginario resulta tocado de muerte.

De ahí la ausencia de significación - de sentido - de los significantes del lenguaje de órgano, y de ahí también la ausencia de localización en la imagen del cuerpo de estos mismos significantes, puesto que el campo del sentido y la imagen corporal pertenecen completamente al registro imaginario.

La utilización de lo simbólico en el lenguaje de órgano que realiza el sujeto esquizofrénico se limita exclusivamente a la construcción de un objeto *a*. Por ello la literalidad significante es esencial. Una palabra localiza el goce en el cuerpo, pero lo localiza fuera del sentido, sólo a través de los sonidos, de la materialidad significante. Simbólico y real en la esquizofrenia se anudan y se deja fuera lo imaginario.

En el fenómeno psicossomático, por el contrario, lo que queda fuera es justo el registro simbólico, mientras que lo que se anuda es imaginario y real. Precisamente por ello el fenómeno psicossomático no implica una ruptura de la imagen corporal, es justo lo opuesto. Es decir, el goce queda localizado dentro de la imagen del cuerpo, pero como una piedra inmóvil.

De ahí que el sujeto sufra por el fenómeno psicossomático pero que no se sienta invadido por él en la juntura más íntima de su subjetividad. Tampoco hay riesgo de una

aniquilación del sujeto, puesto que el goce en juego está localizado, a diferencia de lo que acontece en la esquizofrenia desencadenada, donde no está localizado e incluso el intento de curación del lenguaje de órgano no separa al sujeto del goce.

Por otro lado, en el fenómeno psicossomático asistimos también a una suspensión del sentido, sin embargo, el registro imaginario opera en el fenómeno psicossomático, hasta tal punto que es su interferencia la que cortocircuita lo real y lo simbólico. No obstante, la suspensión del sentido, la ausencia de significación y de metáfora del fenómeno psicossomático, se debe no a la ausencia del registro imaginario, sino a lo real que se anuda.

El fuera de sentido del fenómeno psicossomático se vuelca del lado de lo real, mientras que en la esquizofrenia se reparte entre el lado de lo real (goce localizado precariamente en el objeto *a* del lenguaje de órgano) y entre la inoperatividad de lo imaginario.

Esta diferencia crucial entre síntoma corporal en la esquizofrenia y fenómeno psicossomático puede complementarse acudiendo al camino que toma la ruptura y la desaparición del intervalo de la cadena significante entre S_1 y S_2 .

7. 3. 2. 2: La holofrase en la esquizofrenia y en el fenómeno psicossomático.

La holofrase es lo que une esquizofrenia y psicossomática. Sin embargo, hay que recordar que la esquizofrenia es una posición dentro de una estructura cuya constitución se debe a la forclusión del significante del Nombre del Padre, mientras que el ámbito de la psicossomática no delimita ninguna estructura. Esto tiene consecuencias en la forma en la que la holofrase funciona en cada uno de los dos casos.

En el fenómeno psicossomático, la holofrase elimina el intervalo entre S_1 y S_2 . La cadena significante se coagula en una especie de S_1 absoluto que produce una inscripción en el cuerpo del sujeto bajo la forma de lesión, pero a la manera de una escritura, de una imprimación. Además, la holofrase sólo afecta a algunas cadenas significantes.

Sin embargo, en la esquizofrenia la holofrase actúa eliminando el intervalo entre S_1 y S_2 , pero bajo la forma de una fragmentación. Es decir, S_1 se fragmenta en incontables S_2 . El goce queda deslocalizado en múltiples significantes que no encuentran un punto de detención ni un sentido. La holofrase afecta a la totalidad de las cadenas significantes del sujeto.

Tenemos entonces dos formas distintas de presentación de lo real. En el fenómeno psicossomático opera a partir de una lesión orgánica porque el goce no es vaciado; lo imaginario coagula lo real y a la vez lo localiza, produciendo una especie de escritura en el

cuerpo a través de la lesión. En la esquizofrenia lo real opera a partir de su fragmentación en la letra, es decir, a partir del goce de la lengua, el cual no queda localizado, puesto que la cadena significativa ha estallado en numerosos significantes.

Si nos preguntamos por qué la holofrase sigue estos caminos distintos provocando efectos diferentes en la esquizofrenia y en el fenómeno psicósomático, debemos volver a interrogar el lugar de lo imaginario.

Hay referencias a la holofrase desde el principio de la enseñanza de Lacan, donde, por privilegiar lo imaginario, podemos encontrar orientaciones importantes. Lacan plantea desde el comienzo que la holofrase se sitúa en el límite del registro simbólico³⁵. Sin embargo, una observación nos parece aún más crucial: Lacan va a situar la holofrase en relación a situaciones límites en las que el sujeto está suspendido en una relación especular con el otro³⁶.

Esta suspensión del sujeto en la relación especular con el otro puede darnos la clave de la holofrase en el síntoma corporal de la esquizofrenia y en el fenómeno psicósomático si, además, tomamos en cuenta la estructura donde se originan.

En la esquizofrenia el registro imaginario no opera, pero eso no quiere decir que el sujeto se salve de mantener una relación especular con otro. Más bien al contrario, ya que, debido justamente a la carencia de lo imaginario, el sujeto esquizofrénico necesita un apoyo imaginario externo.

Es, por ejemplo, lo que le ocurre a Marie con su identificación al lugar imaginario de la madre. Esta identificación la coloca suspendida en la relación con su padre (otro especular), puesto que es el padre el que puede otorgarle el lugar de madre al que Marie se identifica. También cabe dentro de lo posible postular que es lo mismo que le ocurre a Emma A. con su amado, es decir, que ella queda suspendida en una relación especular con él.

Mientras la relación especular con el semejante, donde el sujeto se mantiene suspendido, no se fracture, la esquizofrenia desencadenada no hará su aparición, es decir, el sujeto no caerá en la locura y permanecerá, utilizando un término psiquiátrico, compensado. Esto es debido a que el otro especular funciona como una prótesis para compensar lo que falta: lo imaginario. A través de esta prótesis el sujeto mantiene un espejismo de la imagen corporal que no opera, pero dicho espejismo evita la fragmentación corporal de la esquizofrenia.

³⁵ Lacan, J. (2010). *Seminario 1: Los escritos técnicos de Freud*, p. 329: “La holofrase no es intermediaria entre una asunción primitiva de la situación como total - que sería del registro de la acción animal - y la simbolización. Tampoco es váyase a saber qué adherencia primera de la situación en un modo verbal. Se trata, por el contrario, de algo donde lo que es del registro de la composición simbólica es definido en el límite, en la periferia”.

³⁶ *Ibidem*: “Toda holofrase está en relación con situaciones límites, en las que el sujeto está suspendido en una relación especular con el otro”.

Sin embargo, si la relación especular con el otro se deshace, entonces aparecen las consecuencias de la holofrase, provocando la desaparición del intervalo entre S_1 y S_2 y produciendo la fragmentación corporal, pues lo que funcionaba como compensación imaginaria ya no existe y el sujeto se ve abocado a la invasión de lo real.

Es justo lo que le ocurre a Marie cuando su padre se suicida: al desaparecer el otro que mantenía la relación especular donde se sostenía el sujeto, el goce invade la subjetividad produciendo pasos al acto (intento de suicidio) y fragmentación corporal (catatonia).

En el caso de la esquizofrenia, la holofrase se presentifica en las coyunturas de desencadenamiento, cuando el sujeto se cae de la relación especular con el otro donde se sostiene. Aquí se observa que la holofrase no es más que la traducción de la forclusión del significante del Nombre del Padre. Es decir, en la esquizofrenia la holofrase no está asociada sólo a un fenómeno, sino que es constitutiva de la representación significativa del sujeto en su totalidad. Todas las cadenas significantes se estructuran de forma holofrásica debido al mecanismo de la forclusión.

Esto diferencia la holofrase de la esquizofrenia de la holofrase en el fenómeno psicossomático, puesto que en este último la holofrase, aunque se produce en el movimiento de constitución del sujeto, sólo queda acotada a la parcialidad de este mismo sujeto, no a su totalidad. Es decir, la holofrase no traduce un mecanismo estructural equivalente a la forclusión en la psicosis, sino que se constituye exclusivamente en torno a un fenómeno.

En el fenómeno psicossomático lo simbólico no ha vaciado totalmente el organismo de goce, por lo que en una parte del cuerpo - insistimos, sólo en una parte del cuerpo - hay un fracaso de la metaforización que debía sustituir a lo real mediante lo simbólico, mediante la cadena significativa S_1 - S_2 . Si hay un fracaso de la metaforización, el sujeto en este lugar no está representado y, por tanto, acontece la holofrase a través de la solidificación entre S_1 y S_2 .

Es decir, en el fenómeno psicossomático, en la constitución misma del cuerpo simbólico del sujeto hay un fracaso en cierto lugar de dicho cuerpo, que es lo que muestra la lesión del órgano. Pero es sólo en cierto lugar, en el resto del organismo el lenguaje ha operado con su estructura evacuando el goce del cuerpo.

Es decir, en el fenómeno psicossomático el sujeto por lo general está constituido como tal y tiene a su disposición tanto lo simbólico como lo imaginario para metabolizar el goce, a diferencia de lo que ocurre en la esquizofrenia, donde el fracaso de metaforización se extiende a la totalidad subjetiva. La lesión que acarrea el fenómeno psicossomático no engloba a la totalidad del sujeto, mientras que el goce en la esquizofrenia subsume toda la subjetividad.

Si el sujeto en el fenómeno psicósomático tiene a su disposición lo imaginario y lo simbólico, pero en un lugar de su cuerpo lo simbólico no ha operado, ¿cómo va a tratar este defecto? Precisamente con lo imaginario. Ahí vemos el funcionamiento de la holofrase en el lugar donde el sujeto está suspendido en la relación especular con otro.

El primer acceso del sujeto al cuerpo es a partir de la imagen corporal como totalidad unificadora, es decir, a través del estadio del espejo. El estadio del espejo se apoya necesariamente en lo simbólico, que vacía de goce el cuerpo fragmentado para poder abrocharlo con la imagen. En esto hemos incidido en el último apartado de nuestra introducción.

Pues bien, el fenómeno psicósomático muestra precisamente la existencia de sujetos en los que el estadio del espejo se ha constituido, pero donde en algún punto lo simbólico no ha operado evacuando el goce. Por tanto, si en estos sujetos el estadio del espejo opera y el registro imaginario se ha constituido, la forma de tratamiento del goce que lo simbólico no vació va a ser precisamente a través de lo imaginario.

Aquí el goce no puede ser tratado por lo simbólico porque no opera, puesto que en ese lugar de su cuerpo se ha constituido una holofrase, no una metaforización; sin embargo, se cuenta con el registro imaginario para lidiar con ese real presente. Tenemos entonces un real que sólo se trata por lo imaginario, estando aquí lo imaginario desconectado de lo simbólico: $I \not\leftrightarrow R$.

Es, por ejemplo, el caso que relata Patrick Monribot respecto a un sujeto cuyo fenómeno psicósomático estaba constituido por una grave rinitis alérgica. Este fenómeno queda asociado a una imagen en la que el sujeto con cuatro años descubre, en el marco de la puerta de la habitación de los padres, a su madre curando con “mercurocromo” el pene de su padre. Sin embargo, la rinitis se desencadena después de un encuentro sexual que el paciente califica como de “muy precoz” en su adolescencia³⁷.

Este encuentro sexual convoca el goce que estaba coagulado en el recuerdo fantasmático - por tanto, imaginario - de la escena entre sus padres. Es ahí donde el sujeto se encuentra suspendido en la relación especular con otro. Este exceso de goce no puede ser tratado por lo simbólico, puesto que en este lugar del cuerpo imaginario del sujeto lo simbólico no operó. La consecuencia es que lo real se cifra en una rinitis que lesiona el cuerpo del sujeto. El sujeto intenta tratar el goce no evacuado por lo simbólico mediante lo puro

³⁷ Monribot, P. (2003). *¿Qué curación del cuerpo en análisis?* Documento online en: <http://www.nel-mexico.org/articulos/seccion/textosonline/subseccion/Principios-y-finales-de-analisis/474/Que-Curacion-del-cuerpo-en-analisis>. Consultado el 8/02/2017.

imaginario, mediante la escena donde queda suspendido frente al otro especular (padre y madre). El producto es un fenómeno psicossomático, la rinitis alérgica.

En un momento determinado de la cura, el analista descompone “mercurocromo” (*mercurochrome* en francés) en la serie separada *mere-cure-ocre-homme* (“madre-cura-ocre-hombre”). El efecto es desbloquear la solidificación de la holofrase, por lo que el fenómeno psicossomático desaparece. Esta intervención del analista no es una interpretación dirigida a desvelar un mensaje cifrado en un síntoma, sino que libera una serie metonímica de significantes que no hacen sentido³⁸. Por lo tanto, todo se juega fuera del sentido.

Si el análisis consigue desbloquear la holofrase en el fenómeno psicossomático, se debe a dos factores. En primer lugar, la intervención del analista no ha de buscar un sentido oculto, sino que ha de desenredar la solidificación de la cadena significativa que enlaza con el fenómeno psicossomático, la cual impide no ya la metáfora - puesto que esta ni siquiera opera -, sino el más básico desplazamiento metonímico³⁹.

En segundo lugar, la holofrase puede desbloquearse porque sólo se circunscribe a un fenómeno, sólo se circunscribe a una o a unas pocas cadenas significantes. El resto de cadenas significantes del sujeto operan sin problemas, lo que quiere decir que el desplazamiento metonímico, mecanismo basal de lo simbólico, está operativo en lo más íntimo del sujeto.

Aquí se establece otra diferencia con el síntoma corporal en la esquizofrenia, ya que la falla a nivel discursivo en la esquizofrenia no sólo afecta al mecanismo metafórico, sino también al metonímico, cuestión que hemos explicitado al principio de esta discusión. En otros términos, el síntoma corporal de la esquizofrenia se construye sin el auxilio de los mecanismos propios de lo simbólico, sin la metáfora y sin la metonimia.

Es por ello que ninguna intervención del analista podrá desbloquear el síntoma corporal de la esquizofrenia, ya que, por un lado, la holofrase no se teje sólo en torno a un fenómeno, sino que ocupa la totalidad de la subjetividad y, por otro lado, el mecanismo metonímico está roto, con lo cual ni siquiera hay un nudo que bloquee la metonimia en el síntoma corporal de la esquizofrenia, que la solidifique, sino una fragmentación absoluta de la cadena significativa.

³⁸ *Ibidem*.

³⁹ *Ibidem*: “La holofrase es una congelación del significativo, una toma en masa del S_1 y S_2 , que no son articulados adecuadamente. Eso implica un defecto de metaforización, un defecto de representación del sujeto y de su cuerpo, en relación, dice Lacan, con ciertos límites de la vida del sujeto. Cada vez que eso se presenta, incorporación de la cadena - que hace al cuerpo - falla, lo cual organiza un proceso patológico: la holofrase, testimonio de una cadena significativa dañada, y más bien rara de aislar en las curas”.

Sin embargo, podríamos plantearnos el caso hipotético de que una intervención analítica disolviera el síntoma corporal de la esquizofrenia tal y como puede disolver la solidificación metonímica del fenómeno psicossomático. Si esto sucediera, seríamos testigos de la diferencia nuclear que el síntoma corporal de la esquizofrenia y el fenómeno psicossomático mantienen respecto al goce.

Si se disuelve el embrollo metonímico en el fenómeno psicossomático, el goce que lesiona el órgano corporal se diluye y escapa de su prisión libidinal imaginaria para situarse en el exterior del sujeto y evacuarse del organismo. Pero si se disolviera el síntoma corporal de la esquizofrenia que construye un objeto a para anudar simbólico y real, el goce no se volcaría hacia el exterior ni se vaciaría del cuerpo, sino que volvería a liberarse de forma difusa dentro del cuerpo del sujeto, es decir, volvería a deslocalizarse y, por tanto, invadiría al sujeto desde lo más íntimo de su subjetividad, el sujeto quedaría aniquilado en el goce de la lengua.

Mientras que el fenómeno psicossomático dificulta la evacuación del goce hacia el exterior haciendo sufrir al sujeto, el síntoma corporal de la esquizofrenia defiende al sujeto de un estrago del goce aún mayor.

7. 3. 2. 3: Puntos diferenciales claves y un enigma clásico en psiquiatría

Podemos resumir las diferencias entre el fenómeno psicossomático y el síntoma corporal en la esquizofrenia en seis puntos clave:

- 1) En el síntoma corporal de la esquizofrenia el registro imaginario no opera, mientras que en el fenómeno psicossomático el registro imaginario está en primer plano.
- 2) El síntoma corporal en la esquizofrenia se construye para tratar por lo simbólico (construcción de un objeto a mediante el significante) un goce real que está deslocalizado ($S\emptyset R$), mientras que el fenómeno psicossomático coagula un goce real localizándolo en un órgano lesionado a través de lo imaginario, lo simbólico no opera ($I\emptyset R$).
- 3) La holofrase afecta a la totalidad de las cadenas significantes del sujeto esquizofrénico y traduce la forclusión del significante del Nombre del Padre a través de la fragmentación de S_1 en múltiples S_2 , mientras que la holofrase en el fenómeno psicossomático se circunscribe sólo a la cadena o cadenas significantes

enlazadas con el fenómeno en cuestión, y opera a través de la solidificación de los S_2 en una especie de S_1 absoluto.

- 4) El sujeto en el fenómeno psicossomático está constituido en tanto tal por lo que se refiere a su representación significativa. El mecanismo simbólico dañado es la metaforización y esta falla produce un bloqueo del mecanismo metonímico de la cadena significativa asociada al fenómeno. El sujeto en la esquizofrenia no está constituido totalmente en lo referido a su representación significativa, por lo que el fallo no sólo se sitúa en el mecanismo metafórico sino también en el metonímico. Dicho fallo afecta a la globalidad del sujeto y no sólo a las cadenas significativas asociadas al síntoma corporal.
- 5) El fenómeno psicossomático puede ser tratado en análisis si se aísla la cadena significativa dañada y se desbloquea metonímicamente, mientras que el síntoma corporal en la esquizofrenia no puede tratarse en análisis, puesto que la cadena significativa no está bloqueada metonímicamente sino fragmentada en su totalidad.
- 6) El fenómeno psicossomático localiza el goce en lo imaginario, por lo que su disolución permite su salida al exterior del sujeto. Es decir, el fenómeno psicossomático no es una defensa del sujeto sino un fallo en la simbolización del goce. El síntoma corporal en la esquizofrenia por su parte localiza un goce que permanece por definición deslocalizado, por lo que el síntoma corporal es una defensa del sujeto ante un goce que lo invade y lo aniquila.

Por último, querríamos establecer una puntualización que tal vez podría contribuir a despejar un enigma que clásicamente se ha presentado en la psiquiatría, y que ésta ha tratado exclusivamente a nivel descriptivo, pero no etiológico.

La psiquiatría ha observado una complicación que se presenta en ciertos sujetos asociada a la presencia de un fenómeno psicossomático: estos sujetos podrían desarrollar un trastorno psicótico a partir de dicho fenómeno psicossomático^{40,41}.

⁴⁰ Kaplan, H; Sadock B. (1989). *Tratado de psiquiatría, Tomo II*, p. 1269: "Lupus eritematoso sistémico [...]. A largo plazo, quizá muchos años, el cuadro psiquiátrico varía, y los trastornos del pensamiento recuerdan la esquizofrenia".

⁴¹ Levenson, J. (2006). *Tratado de medicina psicossomática, Tomo II*, p. 558: "[La prevalencia en el lupus eritematoso sistémico] se constató para [...] manía o episodios mixtos en 3-4% [...] y para psicosis en 0-5% [...]. Aunque no se han descrito estudios similares de prevalencia en pacientes agudos hospitalizados con lupus eritematoso sistémico neuropsiquiátrico, la incidencia de psicosis y delirium probablemente sea bastante superior".

Una posible explicación de esta cuestión podría consistir en postular una estructura psicótica de posición esquizofrénica en estos sujetos. En efecto, en la esquizofrenia el registro imaginario no opera, no está nada bien constituido, pero sin embargo precisamente el fenómeno psicósomático trata el goce acudiendo al registro imaginario.

Entonces, si un fenómeno psicósomático acontece en un sujeto esquizofrénico, lo que puede ocurrir es que lo real del goce se intente tratar acudiendo justo al punto de carencia esencial, es decir, acudiendo al registro imaginario que está ausente. Esto en sí mismo podría funcionar como una coyuntura de desencadenamiento, pues el Otro del cuerpo en la esquizofrenia carece de imaginarización.

El resultado sería pues que el goce, en vez de quedarse localizado en el fenómeno psicósomático - como constituye la regla en otros sujetos que lo padecen -, se deslocalizaría completamente, invadiendo la subjetividad y aniquilando al sujeto.

Esta deslocalización del goce a partir del fenómeno psicósomático estaría provocada por la inoperatividad absoluta del registro imaginario en la esquizofrenia. El sujeto esquizofrénico al tratar de imaginarizar el goce para localizarlo, encuentra su carencia fundamental, pues el registro imaginario está ausente, lo que produciría un desbordamiento de lo real que desencadenaría la psicosis a través precisamente de un fenómeno corporal.

Otra hipótesis que podría complementar a la anterior se sitúa en la misma línea. Podría haber sujetos esquizofrénicos cuya constitución les hubiera permitido establecer un mínimo registro imaginario, pero éste siempre presentará graves defectos o déficits. En este sentido, un sujeto esquizofrénico podría contener el goce a través de ese pequeño resto de registro imaginario que ha podido subjetivar y, por tanto, podría localizar una parte del goce en un fenómeno psicósomático.

Sin embargo, si la lesión de dicho fenómeno psicósomático afecta visiblemente a la imagen del cuerpo (trastornos tiroideos que hacen engordar, lupus eritematoso que cubre la piel de manchas que distorsionan la imagen, etc.), entonces puede ocurrir que la alteración de la imagen del cuerpo producida por el fenómeno psicósomático rompa la precaria imagen del cuerpo donde se sostenía el sujeto esquizofrénico.

El desencadenamiento se produciría en estas coordenadas debido a que la imagen del cuerpo se fracturaría a partir de la lesión del fenómeno psicósomático, ya que el registro imaginario presenta siempre graves déficits en la esquizofrenia. El goce del cuerpo fragmentado dejaría de poder contenerse y el sujeto realizaría una regresión tópica al estado de goce de la lengua quedando aniquilado en él.

8. CONCLUSIONES

- 1) La psicosis, desde el punto de vista psicoanalítico, es una estructura subjetiva cuyo mecanismo psíquico causal es la forclusión del significante del Nombre del Padre. Dentro de esta estructura la esquizofrenia es una posible posición subjetiva junto con la paranoia y la melancolía.
- 2) El desencadenamiento psicótico de la posición esquizofrénica tiene como consecuencia producir una fractura de la imagen del cuerpo del sujeto, haciendo que el cuerpo fragmentado se presentifique directamente en la subjetividad. Esto promueve una regresión tópica del sujeto al estado de goce de lalengua, donde queda aniquilado en el goce cenestésico deslocalizado de lalengua.
- 3) Las consecuencias del desencadenamiento esquizofrénico evidencian la inoperatividad en los sujetos esquizofrénicos del momento lógico formalizado por Lacan como *estadio del espejo*, por lo tanto, el registro imaginario presenta graves defectos en la esquizofrenia.
- 4) Las tentativas de curación en la esquizofrenia son maniobras que el sujeto realiza, tras el desencadenamiento psicótico, a partir de su aniquilación en el estado de goce de lalengua con el fin de situarse de nuevo en la estructura. La tentativa de curación clásicamente esquizofrénica es la creación del *lenguaje de órgano*, que consiste en tomar ciertos significantes referidos al cuerpo en su pura literalidad. El sujeto esquizofrénico toma las palabras como cosas, vuelve real lo simbólico.
- 5) La tentativa de curación del lenguaje de órgano se caracteriza porque el sujeto esquizofrénico construye a través de la literalidad del significante un objeto *a* que localiza en una parte del cuerpo del sujeto el goce deslocalizado de lalengua.
- 6) El lenguaje de órgano es una tentativa de curación precaria debido a que el goce queda localizado, pero el sujeto no puede separarse de él, por lo que sigue invadiendo su subjetividad. Esto es debido a que, en el lenguaje de órgano, el sujeto esquizofrénico utiliza el registro simbólico para tratar lo real, pero sin poder echar mano de los mecanismos simbólicos básicos: la metáfora y la metonimia.
- 7) En las esquizofrenias no desencadenadas (psicosis ordinarias) el sujeto esquizofrénico puede utilizar un síntoma corporal distinto al lenguaje de órgano para evitar la disolución de los registros simbólico, imaginario y real en dos vertientes: 1) el síntoma corporal es utilizado por el sujeto para tratar el goce deslocalizado, con lo que se limita su desbordamiento: son los casos de algunas fibromialgias psicóticas y los casos del recurso al vómito en algunas anorexias psicóticas; 2) el síntoma corporal es utilizado por el sujeto para compensar los graves déficits en el registro imaginario

y así poder mantener la imagen del cuerpo sin fracturas profundas: son los casos de algunas hipocondrías psicóticas y los casos del recurso al cuerpo delgado esquelético en algunas anorexias psicóticas.

9. LIMITACIONES

Todo trabajo de investigación posee limitaciones y este no es ninguna excepción; sin embargo, una investigación animada por un verdadero espíritu crítico las tomará muy en cuenta. De esta forma podrá acotar con mayor precisión el campo de saber en el que verdaderamente incide y, además, podrá abrir las puertas a nuevas investigaciones que, superando dichas limitaciones, aumenten el conocimiento sobre nuestro objeto de estudio.

En este sentido, pasamos a destacar las tres limitaciones que, a nuestro juicio, son las más importantes en esta investigación.

- 1) En primer lugar, consideramos como una importante limitación la escasa bibliografía psicoanalítica de orientación lacaniana que aborde la posición esquizofrénica en general y, sobre todo, que aborde la relación entre el cuerpo y la esquizofrenia en particular. Aunque el cuerpo en los últimos años está tomando un interés central entre los psicoanalistas del campo lacaniano, muy pocos son los que investigan sobre su estatuto en la esquizofrenia, a pesar de que esta patología orbita fundamentalmente en torno a los síntomas corporales. Aunque esto tal vez favorezca a esta investigación, ya que esta última puede incrementar el corpus teórico para orientar otras investigaciones, en el fondo es una limitación, pues esta investigación se ha cimentado en elaboraciones conceptuales escasas.
- 2) Una segunda limitación de esta investigación enlaza con lo anterior. Si la esquizofrenia pone en primer plano el estatuto del cuerpo, entonces en este aspecto la esquizofrenia explicita la pregunta sobre la relación del sujeto psicótico con su cuerpo y, particularmente, sobre cómo se muestra dicha relación en la actualidad contemporánea. Esta investigación ha intentado tocar esta cuestión, pero lo ha hecho tangencialmente, por lo que adolece de una adecuada articulación que fije el síntoma corporal esquizofrénico con las coordenadas que introduce la actualidad para los síntomas en general.
- 3) La tercera limitación está asociada a la segunda, pero se refiere al tipo de muestra empleado. Esta investigación ha basado sus resultados en una muestra de tres casos clásicos de sujetos cuyo desencadenamiento psicótico los posicionaba en la esquizofrenia. Es una muestra, por un lado, escasa, puesto que tres casos son pocos a pesar de que esta investigación se basa en el enfoque psicoanalítico, el cual funda muchas veces su teorización en el caso único ejemplar. Por otro lado, es una muestra de sujetos de principios del siglo XX., cuyas coordenadas

sintomáticas no eran las que actualmente tenemos. Esto puede limitar el campo de acción de esta investigación.

10. PERSPECTIVAS FUTURAS

Esta investigación puede abrir perspectivas futuras de trabajo en torno a dos líneas fundamentales: las esquizofrenias no desencadenadas y las relaciones de la esquizofrenia con el fenómeno psicósomático.

- 1) Esta investigación ha basado sus resultados en una muestra de psicosis esquizofrénicas desencadenadas con el fin de esclarecer la estructura del síntoma corporal en la esquizofrenia. De forma lateral se ha tocado también la función que el síntoma corporal puede mantener en psicosis ordinarias de posición esquizofrénica, pero no se ha profundizado lo suficiente. Esta es toda una línea de trabajo que futuras investigaciones podrían complementar y aclarar. Aquí se abre la vía de investigaciones sobre el *sinthome* elaborado a través del síntoma corporal, sobre el estatuto del objeto *a* en las psicosis ordinarias o sobre nuevas formas de presentación del síntoma corporal no abordadas en esta investigación pero que cumplan la función de anudamiento para un sujeto esquizofrénico.
- 2) Consideramos que esta investigación ha aportado cuestiones cruciales que permiten tanto hermanar como diferenciar el síntoma corporal en la esquizofrenia y el fenómeno psicósomático. Una vía futura de investigación podría transitar por esclarecer los desencadenamientos psicóticos en sujetos afectados por fenómenos psicósomáticos: lupus, alergias, hipertiroidismo... Aquí se encuadrarían futuras investigaciones que pudieran ampliar el estatuto de lo imaginario en relación a la esquizofrenia y al fenómeno psicósomático, patologías ambas injustamente poco estudiadas desde la perspectiva del psicoanálisis lacaniano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Álvarez, J. M.^a (2008). *La invención de las enfermedades mentales*. Ed: Gredos (España).
- Álvarez, J. M.^a; Estebán, R; Sauvagnat, F. (2004). *Fundamentos de psicopatología psicoanalítica*. Ed: Síntesis (España).
- Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5), 5ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
- Asociación Americana de Psiquiatría, *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV), 4ª Ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 1994.
- Bassols, M. (2004). *Novedades de la histeria*. [online]: <http://psicoanalisislacaniano.blogspot.com.es/2007/09/novedades-de-la-histeria-miquel-bassols.html>. [consulta 2 de febrero de 2017]
- Brousse, M-H. (2014). *Cuerpos lacanianos*. Ed: Universidad de Granada (Granada).
- Castellanos, S. (2009). *El dolor y los lenguajes del cuerpo*. Ed: Grama (Argentina).
- Castrillo, D. (2011). “El estatuto del cuerpo en psicoanálisis: del organismo viviente al cuerpo gozante”, p. 33-55. *Revista Freudiana*, núm. 63 (septiembre-diciembre). Ed: RBA (Barcelona).
- Coromines, J. (2008). *Breve diccionario etimológico de la lengua castellana*. Ed: Gredos (Madrid).
- Del Barrio, V. (2009). “Raíces y evolución del DSM”, p. 81-90. *Revista de Historia de la Psicología*, vol. 30, núm. 2-3 (junio-septiembre). Ed: Publicacions de la Universitat de València (España).
- Diccionario de la Real Academia Española de la lengua [online]: <http://lema.rae.es/drae/?val=fascinar> [consulta 16 de julio de 2015].
- Dor, J. (2009). *Introducción a la lectura de Lacan II: La estructura del sujeto*. Ed: Gedisa (Buenos Aires).
- Durand, I. (2007). “Puntuaciones sobre el objeto a” [online]: <http://www.freudiana.com/articulos.php?idarticulo=382> [consulta 4 de enero de 2017]. *Revista Freudiana*, núm. 51 (septiembre-diciembre). Ed: RBA (Barcelona).
- Freud, S. (2008). *Duelo y melancolía*, en *Obras completas*, T. XIV, p. 235-255. Ed: Amorrortu (Buenos Aires).
- Freud, S. (2008). *Introducción al narcisismo*, en *Obras completas*, T.XIV, p. 65-98. Ed: Amorrortu (Buenos Aires).

- Freud, S. (2010). *Las neuropsicosis de defensa (Ensayo de una teoría psicológica de la histeria adquirida, de muchas fobias y representaciones obsesivas, y de ciertas psicosis alucinatorias)*, en *Obras completas*, T. III, p. 41-68.
- Freud, S. (2008). *Lo inconciente*, en *Obras Completas*, T. XIV, p. 153-213. Ed: Amorrortu (Buenos Aires).
- Freud, S. (2007). *Puntualizaciones psicoanalíticas sobre un caso de paranoia (dementia paranoides) descrito autobiográficamente*, en *Obras Completas*, T. XII, p. 1-76. Ed: Amorrortu (Buenos Aires).
- Fuentes, A. (2016). *El misterio del cuerpo hablante*. Ed: Gedisa (Barcelona).
- Kaplan, H; Sadock B. (1989). *Tratado de psiquiatría, Tomo II*. Ed: Salvat Editores S. A. (Barcelona).
- Lacan, J. (2013). “Acerca de la causalidad psíquica”, en *Escritos 1*, p. 151-190. Ed: Biblioteca Nueva (Madrid).
- Lacan, J. (2009). “De una cuestión preliminar a todo tratamiento posible de la psicosis”. En *Escritos 2*, p. 509-557. Ed: Siglo XXI (México).
- Lacan, J. (2012). “El atolondradicho”, en *Otros escritos*, p. 473-522. Ed: Paidós (Buenos Aires).
- Lacan, J. (2013). “El estadio del espejo como formador de la función del yo [je] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica”. En *Escritos 1*, p. 99-105. Ed: Biblioteca Nueva (Madrid).
- Lacan, J. (2012). “Introducción a la edición alemana de un primer volumen de los *Escritos*”, en *Otros escritos*, p. 579-585. Ed: Paidós (Buenos Aires).
- Lacan, J. (2009). “Posición del inconsciente”, en *Escritos 2*, p. 789-808. Ed: Siglo XXI (México).
- Lacan, J. (2013). “Respuesta al comentario de Jean Hyppolite sobre la *Verneinung* de Freud”. En *Escritos 1*, p. 363-378. Ed: Biblioteca Nueva (Madrid).
- Lacan, J. (2010). *Seminario 1: Los escritos técnicos de Freud*. Ed: Paidós (Buenos Aires).
- Lacan, J. (2010). *Seminario 2: El yo en la teoría de Freud y en la técnica psicoanalítica*, Ed: Paidós (Buenos Aires).
- Lacan, J. (2010). *Seminario 3: Las psicosis*. Ed: Paidós (Buenos Aires).
- Lacan, J. (2014). *Seminario 6: El deseo y su interpretación*. Ed: Paidós (Buenos Aires).
- Lacan, J. (2011). *Seminario 7: La ética del psicoanálisis*. Ed: Paidós (Buenos Aires).
- Lacan, J. (2009). *Seminario 8: La transferencia*. Ed: Paidós (Buenos Aires).

- Lacan, J. (2010). *Seminario 10: La angustia*. Ed: Paidós (Buenos Aires).
- Lacan, J. (2013). *Seminario 11: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Ed: Paidós (Buenos Aires).
- Lacan, J. (2008). *Seminario 16: De un Otro al otro*. Ed: Paidós (Buenos Aires).
- Lacan, J. (2010). *Seminario 17: El reverso del psicoanálisis*. Ed: Paidós (Buenos Aires).
- Lacan, J. (2008). *Seminario 23: El sinthome*. Ed: Paidós (Buenos Aires).
- Landauer, K. “curación espontánea de una catatonía” [1914], *Referencias. Sigmund Freud* (2), Biblioteca del campo freudiano de Barcelona (Documento interno).
- Levenson, J. (2006). *Tratado de medicina psicosomática, Tomo II*. Ed: Ars Médica (Barcelona).
- López, R. (2007). *La actualidad de la histeria*. [online]: <http://psicoanalisisymedicina.blogspot.com.es/2007/10/la-actualidad-de-la-histeria-16.html>. [consulta 1 de febrero de 2017].
- Maleval, J-C. (2009). *La forclusión del Nombre del Padre*. Ed: Paidós (Buenos Aires).
- Maleval, J-C. (1998). *Lógica del delirio*. Ed: Ediciones del Serbal (Barcelona).
- Miller, J-A. (2008). “Algunas reflexiones sobre el fenómeno psicosomático”, en *Matemas II*, p. 173-181. Ed: Manantial (Buenos aires).
- Miller, J-A. (2010). “¿Desentido para las psicosis?”, en *Matemas I*, p. 182-189. Ed: Manantial (Buenos Aires).
- Miller, J-A. (2010). *El Otro que no existe y sus comités de ética*. Ed: Paidós (Buenos Aires).
- Miller, J-A. (2010). “Enseñanzas de la presentación de enfermos”, en *Matemas I*, p. 155-168. Ed: Manantial (Buenos Aires).
- Miller, J-A. (2006). *La experiencia de lo real en la cura psicoanalítica*. Ed: Paidós (Buenos Aires).
- Miller, J-A. (2010). “¿Producir el sujeto?”, en *Matemas I*, p. 175-181. Ed: Manantial (Buenos Aires).
- Miller, J-A. (2008). “Una lectura del seminario «De un Otro al otro»” [online]: <http://www.freudiana.com/articulos.php?idarticulo=350> [consulta 4 de enero de 2017]. *Revista Freudiana*, núm. 53 (mayo-agosto). Ed: RBA (Barcelona).
- Monribot, P. (2003). *¿Qué curación del cuerpo en análisis?* [online]: <http://www.nel-mexico.org/articulos/seccion/textosonline/subseccion/Principios-y-finales-de-analisis/474/Que-Curacion-del-cuerpo-en-analisis>. [consulta 8 de febrero de 2017].

- Nasio, J. D. (2006). *Los ojos de Laura. El concepto de objeto a en la teoría de J. Lacan*. Ed: Amorrortu (Buenos Aires).
- O.M.S: CIE-10. *Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Décima revisión de la Clasificación Internacionales de las Enfermedades. Guía de Bolsillo. Organización Mundial de la Salud (1994), Ginebra.
- Palomera, V. (2014). *Pioneros de la psicosis*. Ed: Gredos (Madrid).
- Recalcati, M. (2008). *Clínica del vacío*. Ed: Síntesis (Madrid).
- Rodríguez Ribas, J. A. (2015). *Cuerpos del inconsciente: sus paradigmas y escrituras*. Ed: Miguel Gómez Ediciones (España).
- Schejtman, F; Godoy C. (2008). “La histeria en el último periodo de la enseñanza de J. Lacan”, p. 121-125, en *Anuario de Investigaciones*, vol. XV. Ed: Facultad de Psicología - UBA, Secretaría de investigaciones (Buenos Aires).
- Schneider, K. (1975). *Patopsicología clínica*. Ed: Paz Montalvo (España).
- Schreber, D. P. (2003). *Sucesos memorables de un enfermo de los nervios*. Ed: Asociación Española de Neuropsiquiatría (Valladolid).
- Tausk, V. *Acerca de la génesis del aparato de influir en el curso de la esquizofrenia* [online]: http://cepsifotocopiadora.com.ar/archivos/folios/33439_2015922.pdf [consulta 30 de noviembre de 2016].
- Thompson, S; Frydman, A; Lombardi, G. (2008). “Variables del diagnóstico psicoanalítico de neurosis en la histeria y la obsesión”, p. 127-136. *Anuario de Investigaciones*, vol. XV. Ed: Facultad de Psicología - UBA, Secretaría de investigaciones (Buenos Aires).